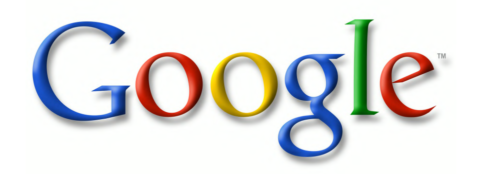

Google





Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin,
F. König, in Berlin,
E. Richter, in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Leipzig,
Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel.
1901.

Originalmittheilungen.

a*



Namenverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmittheilungen. Die kurrentgedruckten beziehen sich auf die Beilage zu No. 29, welche den Bericht über den XXX. deutschen Chirurgen-Kongress enthält.)

Sachverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmittheilungen. Die kurrentgedruckten beziehen sich auf die Beilage zu No. 29, welche den Bericht über den XXX. deutschen Chirurgen-Kongress enthält.)

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 1. **Sonnabend, den 5. Januar.** **1901.**

I.

Aus dem Krankenhause vom Rothen Kreuz in Odessa.

Zur Behandlung der Verkürzung bei Unterschenkelbrüchen.

Von

Oberarzt Dr. **N. Kaefer.**

Der häufig vorkommende typische Schrägbruch der Tibia mit gleichzeitiger Fraktur des Wadenbeines bietet der Behandlung besondere Schwierigkeiten, da es nur schwer gelingt, die durch Muskelzug bedingte Verkürzung auszugleichen. Sämmtliche Maßnahmen, welche Behufs Beseitigung dieser Verkürzung üblich sind, scheinen mir ihren Zweck gar nicht oder doch nur unvollkommen zu erreichen.

Als solche Maßnahmen sind mir der Hauptsache nach folgende bekannt.

1) Die exakte Reposition in Narkose und Gipsverband. Abgesehen von den Fällen, wo die Narkose aus irgend einem Grunde kontraindicirt ist, scheint mir diese Methode mit manchen Fehlerquellen behaftet zu sein. Vor Allem ist es keineswegs leicht, die Bruchstücke beim Anlegen des Verbandes in der richtigen Lage zu erhalten; dazu gehört gut geschulte Assistenz, welche nicht immer zur Hand ist. Den ersten Verband bis zur erfolgten Konsolidation liegen zu lassen, ist zum Mindesten sehr riskirt. Nimmt man aber nach 8—10 Tagen eine Kontrolle vor, so dürfte nicht selten eine neue Narkose erforderlich sein, da bei einem Schrägbruche die Neigung zur Dislokation der Bruchenden nicht so bald aufgehoben zu sein pflegt.

2) Die Gewichtsextension, welche besonders in letzter Zeit in Bardenheuer einen eifrigen Fürsprecher gefunden hat. Ich habe dieses Verfahren wiederholt mit unvollkommenem Erfolge angewandt, wobei ich in der Belastung ziemlich weit gegangen bin (15—20 Pfund) und die Vorschrift von Bardenheuer, die Pflasterstreifen weit über die Frakturstelle hinaufreichen zu lassen, erfüllt habe. Ich muss gestehen, dass ich mich zu dieser Behandlungsmethode stets nur mit schwerem Herzen entschließen konnte. Steht sie doch zu der von mir sonst geübten ambulanten Behandlung der Unterschenkelbrüche, mit der ich allen Grund habe zufrieden zu sein, in direktem Widerspruche, ist für den Pat. mit zahlreichen Unbequemlichkeiten verknüpft und giebt zudem, wenigstens in den hier in Betracht kommenden Fällen, keineswegs zufriedenstellende Resultate.

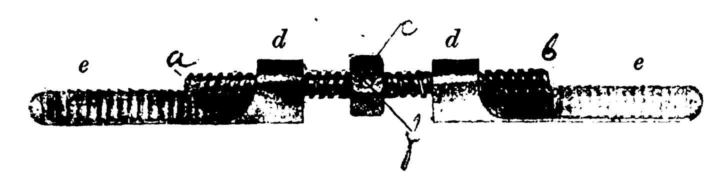
3) Der elastische Zug, wie ihn v. Eiselsberg[1] vorgeschlagen hat. Hierbei handelt es sich um einen kleinen Apparat, welcher an dem cirkulär getrennten Gipsverbande mit Gipsbinden befestigt wird. Nachdem der Verband gut getrocknet ist, werden die hervorragenden hakenförmigen Fortsätze des Apparats mittels eines fest angezogenen Gummirohrs verbunden. Indem der elastische Zug die Haken einander nähert, wird der cirkuläre Spalt des Gipsverbandes verbreitert, d. h. es findet eine Distraktion der Bruchenden statt.

Das Verfahren v. Eiselsberg's diente mir als Vorbild bei der Konstruktion eines kleinen Apparates, welcher mir eine Reihe von Vorzügen sowohl in seiner Konstruktion, als auch in seiner Anwendung zu bieten scheint.

Die Konstruktion meiner Vorrichtung ist aus beifolgender Zeichnung ohne Weiteres verständlich. An Stelle des elastischen Zuges habe ich die links- und rechtssteigende Schraube gewählt, welche meiner Ansicht nach in der Apparatotherapie überhaupt mehr Beachtung verdienen würde.

[1] A. v. Eiselsberg, Zur Therapie der Verkürzung bei Unterschenkelfrakturen. Wiener klinische Wochenschrift 1893, No. 14.

Mein Apparat besteht aus einem runden bleistiftdicken Eisenstab a b, dessen eine Hälfte mit einem rechts-, die andere mit einem linkssteigenden Schraubengewinde versehen ist. Die Mitte des Stabes ist knopfförmig verdickt (c). Die beiden Schraubengewinde laufen in je einer ca. 2 cm langen Schraubenmutter (d), welche beide in 10 cm lange, 1,8 cm breite, an den Flächen grob geraspelte Eisenplatten (e) auslaufen. Der Knopf c ist von einem Bohrloch f durchsetzt.



Dieser einfache Apparat wird in folgender Weise angewandt. Zunächst wird ein cirkulärer, über das Kniegelenk hinaufreichender, nicht zu stark gepolsterter Gipsverband angelegt. Ich lege Gewicht darauf, dass der Verband nicht zu locker angelegt wird und besonders unterhalb der Tuberositas tibiae und oberhalb der Malleolen genügend fest anliegt. Noch bevor der Verband vollkommen erhärtet ist, wird er mit einem scharfen Messer cirkulär durchschnitten, aber nicht entsprechend der Bruchstelle, wie v. Eiselsberg[2] räth, sondern in einiger Entfernung davon. Diese Maßregel erscheint mir zweckmäßig, da bei erfolgender Distraktion die Bruchstelle durch die sie umgebende Gipskaspel besser vor eventueller winkeliger oder seitlicher Abweichung geschützt wird. Nunmehr wird der Apparat seitlich oder vorn so angelegt, dass der Knopf c dem Spalt entspricht; die beiden Flacheisen e werden dann mit kräftig angezogenen Gipsbindentouren fixirt. Am nächsten Morgen kann man die Schraubenwirkung anzuwenden beginnen. Da die eine Schraube eine rechts-, die andere eine linkssteigende ist, so werden bei der Drehung nach der einen Seite die Schraubenmuttern einander genähert, bei umgekehrter Drehung entfernen sie sich von einander. Zur bequemeren Handhabung der Schraube schiebt man einen kleinen Stab in das Bohrloch f. So kann man durch entsprechende Umdrehung des Knopfes c einen mächtigen Zug an den Bruchenden ausüben, was man an dem mehr und mehr sich erweiternden Gipsspalt erkennt. Die Distraktion nimmt man ganz allmählich vor, indem man bei jeder Visite eine ganze, resp. halbe Umdrehung ausführt.

Ich bemerke ganz ausdrücklich, dass es vollkommen überflüssig ist, an beiden Seiten des Verbandes je einen solchen Apparat anzubringen. Die Schraube ist so stark und findet in den 2 cm langen Schraubenmuttern einen so sicheren Halt, dass eine Winkelstellung vollkommen ausgeschlossen ist. Der beschriebene Apparat hat sich mir in nachstehend kurz geschildertem Falle ganz vorzüglich bewährt.

[2] l. c.

Isidor Strogoff, 55 Jahre alt, Fuhrmann, wurde am 27. August 1900 in das Krankenhaus aufgenommen. Er gab an, am 25. August einen Hufschlag gegen den rechten Unterschenkel erhalten zu haben, wobei er bewusstlos zusammensank. Die Untersuchung ergab einen Schrägbruch der Tibia in ihrer Mitte, eine ziemlich tiefe, jedoch nicht bis auf den Knochen reichende Quetschwunde über der Crista und eine reichlich 3 cm betragende Verkürzung des Unterschenkels, der in weiter Ausdehnung geschwollen und blutunterlaufen war.

Nach aseptischer Versorgung der Wunde wurde ein Heftpflasterextensionsverband nach Bardenheuer und eine Volkmann'sche Schleifschiene angelegt. Als jedoch am 9. September, bei vorgenommener Kontrolle, die Verkürzung sich als unverändert erwies, wurde ein cirkulärer Gipsverband, in oben geschilderter Weise mit der Schraubenvorrichtung versehen, angelegt. Schon nach wenigen Tagen erreichte der Spalt die Breite von 5 cm, wobei Pat. nicht die geringsten Beschwerden äußerte. Im Gegentheil, Pat. konnte sehr bald das Bett verlassen und, auf Krücken gestützt, umhergehen. Am 4. Oktober wurde der Verband abgenommen: Die Bruchstelle konsolidirt, ohne Dislokation, Callus sehr mäßig entwickelt, Wunde geheilt; beide Unterschenkel erscheinen gleich lang. Die genaue Messung ergiebt eine Längendifferenz von $^1/_4$ cm. Es wurde nun noch ein bis zum Knie reichender abnehmbarer Gipsverband Behufs Massage und Bädern angelegt. Indessen verließ der Kranke das Hospital schon am 7. Oktober mit diesem Verbande, indem er sich für vollkommen geheilt und einen längeren Aufenthalt im Krankenhause für zwecklos erklärte.

Dass mein Apparat auch bei Behufs Ausgleichung von Verkürzungen vorgenommenen schrägen Osteotomien gute Dienste leisten wird, unterliegt für mich keinem Zweifel.

Zum Schlusse sei noch darauf hingewiesen, dass das medicinische Waarenhaus Akt.-Ges. Berlin und Odessa die Anfertigung meines Apparates übernommen hat.

II.

Zur Behandlung der Patellarfrakturen.

Von

Dr. Alex Wiener,

Prof. der orthopädischen Chirurgie in Chicago, Clinical School.

Die durch Zug des Quadriceps femoris entstandenen, indirekten Frakturen der Kniescheibe heilen ohne Kunsthilfe nicht. Kann man doch die Verbindung der Bruchenden durch fibröses Gewebe nicht wohl eine Heilung, eine Restitutio ad integrum nennen. Die Annäherung der Bruchenden wird neben dem Muskelzuge durch den mächtigen Knieerguss verhindert, auf dem die Bruchenden gewissermaßen schwimmen. Sie stehen sich dachfirstförmig gegenüber, da ihre Befestigungspunkte unter dem Niveau des Blutergusses liegen. Die Malgaigne'sche Klammer und andere auf derselben Idee beruhende Vorrichtungen zur Annäherung der Bruchenden verbessern diese für die Heilung ungünstige Stellung nur unwesentlich.

So hat sich allmählich der Brauch ausgebildet, gerade auf das Ziel der knöchernen Vereinigung loszugehen, indem man das Gelenk eröffnet, den Bluterguss entfernt und den Riss durch die Naht ver-

schließt. Diese ideale Behandlung hat aber in der Praxis 2 Nachtheile. Erstens setzt sie äußere Verhältnisse voraus, die eine strikte Asepsis ermöglichen, dann gelingt es dem Arzte häufig nicht, den Pat. von der Nothwendigkeit eines operativen Eingriffes zu überzeugen.

Kürzlich habe ich ein Verfahren angewendet, das ich nur desshalb so früh bekannt gebe, weil das Ergebnis Versuche an einem größeren Material, als es mir zu Gebote steht, zu rechtfertigen scheint.

Das Bein wird rasirt und wie vor einer Operation gereinigt. Binden von Tafelwatte hüllen dann das Bein ein, das auf einer Halbrinne von plastisch gemachtem Fiber-Kartavert befestigt wird. Das Kniegelenk wird mit einem reichlichen Wattepolter bedeckt und dann eine 8—10 cm breite Gummibinde in Achtertouren unter mäßigem Zuge darum gelegt. Die Bruchenden können dabei wegen des Blutergusses nicht in Annäherung gebracht werden. Der Pat. erhält dann eine Gehmaschine, die immer vorräthig sind, und verlässt die Klinik zu Fuß. Ambulante Behandlung von Patellarfrakturen.

Die Gummibinde bleibt 4—5 Tage liegen. Nach Wegnahme zeigt sich der Verband in der Gegend des Gelenkes mit Schweiß getränkt, selbst die fetthaltige Tafelwatte ist durchweicht. Der pralle Erguss ist zum größten Theile verschwunden, die Bruchenden sind einander näher gerückt und können bei der Erneuerung des Verbandes leicht mit einer Hand in Berührung gehalten werden. Die Gummibinde wird diesmal fester angezogen. Störungen des Blutumlaufes sind nicht zu befürchten, da ja die Gefäße durch die Schiene vor Druck geschützt sind.

Der letzte Fall war ein 56jähriger Markthelfer, Potator strenuus mit einer Arteriosklerose und von schlechter allgemeiner Ernährung. Die Patella war durch Muskelzug zerrissen, und betrug die Diastase 3,3 cm. Nach 4 Tagen war der sehr erhebliche Bluterguss fast geschwunden, der Umfang des Knies war von 43 cm auf 37 gemindert. Die Diastase betrug weniger als 1 cm.

Die Gummibinde erspart dem Pat. die Schmerzen der Zwecks rascher Aufsaugung des Blutergusses unerlässlichen Massage und dem Chirurgen viel Zeit. Hier ein Beispiel. Ein 35 Jahre alter nervöser und empfindlicher Mann zog sich durch Sprung vom Straßenbahnwagen eine Ruptur des inneren seitlichen Ligaments am rechten Kniegelenke zu. 3 Stunden nach dem Unfalle war das Kniegelenk mit Blut prall angefüllt. Schon nach 14 Tagen beugt der Pat. das Gelenk bis zum rechten Winkel, während der Umfang desselben um 5 cm gefallen war. Dabei hatte der behandelnde Arzt, Herr Konsulararzt Dr. Paul Welker, die Binde täglich nur 4 bis 8 Stunden liegen lassen.

Für eine altbekannte Methode scheint mir eine neue, vielleicht werthvolle Indikation gefunden zu sein.

---

1) **G. Eisen.** Preliminary report on the presence and nature of parasitic amoeba (Cancriamoeba macroglossa) in the epithelial carcinomata.

(New York med. record 1900. Juli 7.)

Die »Cancriamoeba macroglossa« findet sich in allen epithelialen Carcinomen. Sie ist leicht im Thätigkeitsstadium zu fixiren, während das Gewebe noch warm ist, während sie sich unter Bluttemperatur kontrahirt.

Die Cancriamöbe ist die Ursache der charakteristischen Struktur der Zellnester. In jedem solchen Neste kann man 2 Theile genau unterscheiden, nämlich das innere Amöbennest mit einigen Leukocyten und Epithelialzellen und das äußere, nur aus Epithelialzellen bestehend. Die eigenthümliche Struktur dieser Krebsnester entspricht dem defensiven Bestreben der Epithelzellen, die Amöben durch Einkapselung und Chitinisation abzuwehren, während diese Pseudopodien in die Zellen hineinstrecken und das Cytoplasma aufsaugen. Die Fortpflanzung der Cancriamöben erfolgt durch Sporen und amitotische Theilung. Mitosen findet man in Amöben nicht, sondern in den reinen Epithelialzellen. Die Cancriamöben sind meist von einer Vacuole umgeben, welche größer wird, entsprechend der angerichteten Zerstörung, und auch später aufbricht. Die Leukocyten dagegen sind etwa $^1/_3$ so groß wie diese Amöben und haben keine Vacuolen. Die große Empfindlichkeit gegen Kälte legt die Behandlung des Carcinoms nach dieser Richtung hin nahe.

Loewenhardt (Breslau).

---

2) **J. Wolff.** Bemerkungen zur Demonstration von Röntgenbildern der Knochenarchitektur.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 18 u. 19.)

Zum Zwecke der Bearbeitung der Knochentransformation für den Hamburger Röntgenatlas hat Verf. seine berühmten Knochenfurnierblätter, welche die Grundlage seines fundamentalen Werkes »Über die Knochentransformation« bilden, mit Röntgenstrahlen durchleuchtet und außerordentlich schöne, klare beweisende Bilder der inneren Knochenstruktur erhalten, welche werthvollere Aufschlüsse über die feinere makroskopische Knochenstruktur gewähren, als solche auf irgend eine andere Weise zu erlangen gewesen waren. Im Röntgenbilde verschwinden die feineren Nebenbälkchen oder treten doch wesentlich zurück gegen die Hauptzüge, deren Verlauf sich nun in außerordentlich viel deutlicherer Weise erkennen lässt. Auch die Corticalis wird in einzelne Bälkchen aufgelöst. Ein weiterer Vorzug dieser Untersuchungsmethode liegt darin, dass nur die in einer Ebene gelegenen Knochenzüge wirklich als scharfe Linien erscheinen. Diese Thatsachen erläutert W. durch eine Reihe von Abbildungen, welche er der Berliner med. Gesellschaft durch Projektion demonstrirt hatte. Ganz besonders interessant ist wieder der Schnitt

durch den Oberschenkel, welcher grundlegend für das Transformationsgesetz gewesen war, indem es W. unwiderleglich gelingt, die vollste Übereinstimmung des Verlaufes der Knochenbälkchen mit den theoretisch konstruirten Spannungstrajektorien nachzuweisen. Die Hinfälligkeit der Behauptung Bähr's, beide besäßen nur eine entfernte Ähnlichkeit, so wie die hieraus gezogenen Schlüsse erledigen sich hiermit von selbst. Alle weiteren Präparate ergeben nun zwar nichts vollkommen Neues, übertreffen jedoch an Klarheit die einfachen Photographien um ein Erhebliches und sind somit die sichersten Beweismittel für das Gesetz der Knochentransformation. Eine unwiderleglichere Grundlage dafür, dass die mathematischen Gesetze der graphischen Statik die organischen Bildungen in wunderbarer Weise beherrschen, ist nicht denkbar. **Koenig** (Wiesbaden).

---

3) **Sudeck.** Zur Altersatrophie (einschl. Coxa vara senium) und Inaktivitätsatrophie der Knochen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. III. Hft. 6.)

Die Alters- und Inaktivitätsatrophien der Knochen sind im Gegensatze zu denen der Muskeln bisher recht stiefmütterlich behandelt worden, und es ist mit Freude zu begrüßen, dass die Röntgenphotographie auch auf diesem Gebiete unsere Kenntnis erweitern wird. S. bespricht an der Hand mehrerer sehr schöner Bilder oben genannte Atrophien. Zum Vergleiche giebt er als erstes Bild die Röntgenphotographie eines normalen, gut ausgebildeten Oberschenkels, dem gegenüber gleich der große Unterschied in dem Bilde eines Oberschenkels einer 27jährigen Frau auffällt, der nur einen geringen Schatten giebt, und bei dem die Atrophie der Spongiosa außerordentlich vorgeschritten ist. Das 3. Bild zeigt eine Arthritis deformans und bestätigt die Untersuchungen Kimura's, der zu dem Schlusse kam, dass die Arthritis deformans in Knochenatrophie bestehe; die Knochenneubildungen seien sekundäre, durch funktionelle Reize und Läsion hervorgerufen, während die Deformation eine Folge von Körperdruck und dem Drucke der wuchernden Synovialzotten sei. Die normale Struktur des Knochens ist auf dem Bilde kaum herauszukennen. Kimura macht in seiner Arbeit auch darauf aufmerksam, dass die Coxa vara senium auch durch senile Knochenatrophie bedingt werde, und seine Behauptung findet in dem 4. Bilde S.'s eine Bestätigung.

Im 2. Theile seiner Arbeit, der Inaktivitätsatrophie, bringt S. die sehr interessante Thatsache, dass schon nach relativ kurzer Zeit, 6—8 Wochen, Inaktivitätsatrophien sich bemerkbar machen können. So hat er mehrfach bei Unterschenkelbrüchen schon nach der genannten Zeit deutlich Abnehmen der Knochensubstanz des Fußskeletts gefunden. Außer hierher einschlägigen Bildern bringt er noch einige andere, bei denen ganz bedeutende Knochenatrophien nach lange bestehenden Inaktivitäten dargestellt werden.

H. Wagner (Breslau).



4) **Honsell** (Tübingen). Über Trauma und Gelenktuberkulose.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVIII. Hft. 3.)

Die experimentelle Lösung der praktisch so überaus wichtigen Frage des ursächlichen Zusammenhanges gewisser Fälle von Gelenktuberkulose mit einem voraufgegangenen Trauma, von Schüller (1880) und Krause (1891) zuerst, aber in einer den heutigen Anforderungen der Bakteriologie nicht mehr entsprechenden Weise vorgenommen, ist in Frankreich von Lannelongue und Achard (1899), in Deutschland von Friedrich (1899) wieder versucht worden. H. giebt in dankenswerther Weise eine neue und nicht kleine eigene Beobachtungsreihe. Er injicirte intravenös.

1) Hochvirulente Tuberkelbacillen in großer Menge (1 ccm), 12 Kaninchen. Trauma sofort und 8 Tage später. Sämmtliche Thiere erlagen in der 4. oder 5. Woche allgemeiner Miliartuberkulose, ohne dass Knochen oder Gelenke makroskopische Veränderungen zeigten.

2) Hochvirulente Bacillen in geringer Menge (0,1 ccm), 18 Kaninchen. Trauma sofort, nach 14 Tagen und nach 4 Monaten. 5 Thiere starben ohne Tuberkulose in den ersten 2 Monaten. 3 weitere starben nach etwa 6 Monaten und hatten tuberkulöse Herde in den Lungen, Bronchialdrüsen und Nieren. Aber sie zeigten so wenig wie die übrigen — letztere 8 Monate nach der Infektion, 4 Monate nach dem letzten Trauma — Spuren von Gelenktuberkulose.

3) Schwach virulente Kulturen in großer Menge, 15 Kaninchen. Trauma sofort, nach 14 Tagen, nach 4 Wochen; 10 Thiere starben innerhalb der ersten 3 Monate, theils mit, theils ohne tuberkulöse Lungenherde, aber ohne Gelenk- oder Knochenveränderung. Nur bei 5 Thieren, welche zwischen dem 3. und 5. Monate zu Grunde gingen, fanden sich tuberkulöse Gelenkerkrankungen. Doch waren die traumatisch lädirten Gelenke weniger dabei betheiligt als die entsprechenden nicht lädirten (13% : 23%).

Trotzdem diese Versuche es unwahrscheinlich machen, dass sich die Tuberkulose durch ein Trauma an einer bestimmten Stelle lokalisiren lässt, glaubt H., dass durch das Trauma die Tuberkulose aus einem klinisch latenten in einen manifesten Zustand übergeführt wird. Zum Beweise dessen hat er das Material der Tübinger chirurgischen Klinik aus 20 Jahren, 1729 Fälle von Gelenk- und Knochentuberkulose, darauf betrachtet. Da fand er 242 = 14% Fälle wahrscheinlich traumatischen Ursprunges. 88mal gingen die Folgen des Traumas ohne jede merkbare Grenze in Tuberkulose über, 100mal bestand zwischen beiden eine Periode anscheinender Besserung, 54mal ein kurzes, freies Intervall. Die Tuberkulose entwickelte sich häufiger nach Traumen von geringerer Intensität als nach schweren Gelenkverletzungen, wie Frakturen und Luxationen.

(Die experimentelle Untersuchung hat uns in dieser Frage also leider nicht weiter gebracht. Offenbar gehören außer dem Trauma

und einem tuberkulösen Primärherd im Körper noch weitere Zufälligkeitsmomente dazu, um es zu einer tuberkulösen Erkrankung kommen zu lassen. Nach Ansicht des Ref., welcher durchaus nicht bestreiten will, dass das Trauma manchmal von kausaler Bedeutung ist, ergiebt auch die klinische Erfahrung nicht eben viel Beweismaterial im positiven Sinne. Die Internen der großen Kommunalkrankenhäuser würden sich ein großes Verdienst erwerben, wenn sie darüber Statistik führten, wie oft bei den chronisch lungenkranken Arbeitern, die doch vielfach kleinere Gelenkverletzungen erlitten haben, sich im Laufe der Jahre lokale Tuberkulose entwickelt.)

P. Stolper (Breslau).

---

5) **O. Hartmann.** Über die Behandlung der akuten primär synovialen Eiterungen der großen Gelenke.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 231.)

H. theilt in dieser umfangreichen Arbeit die Principien und Resultate bei Behandlung der Gelenkeiterungen mit, die in Riedel's Jenaer Klinik befolgt werden bezw. in den letzten Jahren erreicht sind. Kann man auch als sicher annehmen, dass Therapie und Resultate auf dem Gebiete allerorten im Wesentlichen denjenigen von Riedel analog sein werden, so ist die Arbeit doch von großem Interesse, da sonst in neuerer Zeit nicht viel über den Gegenstand geschrieben ist, dann aber auch, weil das hier bearbeitete Material ein recht vielseitiges ist. Es umfasst 61 Fälle, von denen 1—25 das Knie, 26—33 das Fußgelenk, 34—39 den Ellbogen, 40—50 die Hüfte, 51—55 die Schulter, 56—61 das Handgelenk betreffen. Darunter finden sich beide Geschlechter und die verschiedensten Lebensalter betheiligt, Eiterungen jeglicher Art, spontane und postrheumatische, gonorrhoische, osteomyelitische etc., wie durch inficirte penetrirende Wunden verursachte. Alle Fälle sind in eingehenden Krankengeschichten mitgetheilt. Die Resultate sind in der Mehrzahl der Fälle recht günstige, da meist die Extremitäten gerettet sind, nicht selten auch mit trotz zum Theil ergiebigstem Aufschneiden der Gelenke nicht übel erhaltener Beweglichkeit. Doch fehlt es natürlich auch nicht an der Amputation verfallenen und tödlich geendigten Fällen.

Je nach dem verschiedenen Schweregrade der Gelenkeiterung kommen die zunächst zulässigen leichtesten operativen Eingriffe zur Anwendung, bei ihrem Versagen dann schrittweise radikalere, so dass sich ein sog. »Instanzenzug« bei der Therapie ausgebildet hat. Am Knie, dem am häufigsten und dabei auch in Hinsicht der Erkrankungsintensität am wechselndsten betroffenen Gelenke, waren auch die verschiedenen Operationsverfahren am mannigfaltigsten. Die leichtesten »katarrhalischen« Eiterungen konnten durch Punktion mit nachfolgender Karbolausspülung geheilt werden. Die nächste Operationsinstanz ist nach der Punktion Einlegung feiner Gummidrains ins Gelenk durch die Trokarkanüle; es folgt sodann die Ge-

lenkeröffnung durch laterale Längsschnitte, zu denen bei Bedarf weiterhin ein Querschnitt durch die vordere Kapsel bis an die Seitenkanten der Kniescheibe gefügt wird. Auch dieser Eingriff kann dann noch durch Querdurchsägung der Kniescheibe, gefolgt vom Aufklappen des Gelenkes, fernerhin durch atypische oder typische Knochenresektion überboten werden. (Durch eine atypische Resektion [der Fibula] wurde ein mit Wadenabscess komplicirtes Knieempyem bezwungen.) Zur Drainage des Fußgelenkes setzt Riedel vordere und hintere Längsschnitte, mit Durch- oder Abmeißelung der Knöchel, Wunden, von denen aus, falls nöthig, auch leicht der Talus exstirpirbar ist. Zur Drainage des Ellbogens erwies sich wiederholt eine kanalförmige Durchbohrung des Olecranon als zweckmäßig.' Das Handgelenk wurde der guten Beweglichkeit wegen stets total resecirt. Am Hüftgelenke wurde bei Kindern der Oberschenkelkopf bisweilen geschont, bei Erwachsenen wird er der Regel nach der Resektion verfallen müssen. Zur Drainage des Schultergelenkes hat sich Riedel noch keine typische Schnittführung ausgeprobt. Die Krankengeschichten ergaben, dass zur Drainage der Gelenkwunden neben Gummiröhren ausgiebig tamponirende Jodoformgaze gebraucht ist. Von Spülungen, sei es mit Salzwasser, sei es mit antiseptischen Lösungen, ist kaum die Rede. Zum Schlusse wird ein Verzeichnis der, wie erwähnt, nicht reichlichen Litteratur gegeben. (Hier wäre noch König's Vortrag »Wandlung in der chirurgischen Technik der Gelenkoperationen« vom letzten Kongresse und die höchst lehrreiche Arbeit von v. Bruns und Honsell »Über die akute Osteomyelitis im Gebiete des Hüftgelenkes« [Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIV] hinzuzufügen.) Eine Tafel zeigt das interessante Resektionspräparat von einem kindlichen osteomyelitischen Oberschenkelkopf.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

6) **H. Fischer.** Die Osteomyelitis traumatica purulenta cranii.
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVI. p. 100 u. ibid. p. 449. Bd. LVII. p. 108 u. ibid. p. 325.)

Wie der Verf. selbst sehr richtig sagt, giebt seine Schrift trübselige Kunde von dem jammervollen Bilde der chirurgischen Praxis der vorantiseptischen Zeit; denn er hat hier die sehr zahlreichen einschlägigen Beobachtungen, die er in jüngeren Jahren als Arzt der Berliner Charité, später als Kliniker in Breslau und auch als Mitglied des dortigen Medicinalkollegiums (als welcher er die häufigen gerichtlichen Sektionsprotokolle oberschlesischer an inficirten Kopfverletzungen gestorbener Bergleute zu superrevidiren hatte) gemacht und gesammelt hat, bearbeitet. Er theilt sie mit des Interesses halber, das gegenwärtig die Schädelostitis als Folge chronischer Otitis gewonnen hat. Zu einer früheren Veröffentlichung fehlte ihm die Muße und auch, nachdem die Antisepsis mit einem Schlage die Theorie und Therapie bezw. Prophylaxe bei der Kopfverletzungsinfektion vervollkommnet hatte, die Lust.

Der Inhalt lässt sich durch die Kapitelüberschriften übersehen: Die Ostitis cranii traumatica purulenta a. Pathogenetisches (historisch nicht uninteressant, da die ohnmächtigen Theorien früherer Zeit zur Sprache kommen), b. Pathologisch-Anatomisches, c) Klinisches. Die intracraniellen Folgen der Ostitis purulenta. 1) An der harten Hirnhaut: der Extraduralabscess. 2) An der Pia mater: die ostitische Leptomeningitis. 3) An den Sinus die Thrombophlebitis sinuum. I. Septhämische Form. (Sepsis ohne Metastasen, septischer Gelenkrheumatismus, septische Lungenentzündung, sekundäre septische Phlegmonen.) II. Septicopyämie. 4) Folgezustände am Gehirn. Gehirnbrand, ostitischer Hirnrinden- und Hirnmarkabscess. Die Zahl der publicirten Krankengeschichten beträgt 109. Mit verschwindenden Ausnahmen folgt leider auf die Krankengeschichte der eingehende Obduktionsbericht. Mehrere Sektionspräparate sind abgebildet.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

7) **H. Lorenz.** Kasuistische Beiträge zur Kenntnis der Mikrognathie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 73.)

L. bringt aus der Albert'schen Klinik in Wien 9 Fälle von Mikrognathie (Verkleinerung des Unterkiefers), von denen eine gründliche Beschreibung, meist auch photographische Abbildung gegeben wird, woran sich eine epikritische Allgemeinbesprechung namentlich Hinsichts Ätiologie, aber auch Betreffs Therapie des Leidens schließt. 2 dieser Fälle sind angeboren. Der eine betrifft einen Säugling mit Erweiterung der Mundspalte nach links, dazu linksseitiger Backenfistel und aurikulären Hautanhängseln. Das Kinn tritt deutlich zurück. Der zweite derartige Pat. ist ein 10jähriges Mädchen mit allgemeiner Gesichtsasymmetrie und Skoliose, ebenfalls mit aurikulären Anhängseln behaftet. Der Unterkiefer ist einseitig zu klein. Die übrigen Fälle (1—7) sind erworbener Art. Die meist übliche Theorie zur Genese der erworbenen Unterkieferkleinheit ist die, dass es sich um eine Inaktivitätsatrophie des Knochens handelt, die wieder Folge einer Kiefergelenksankylose sei, oder auch dass die Wachsthumsstörung eine Folge von Erkrankung oder Verödung des mandibulären Epiphysenknorpels sei. Die L.'schen Fälle passen für diese Theorien nur schlecht und zum Theil. Nur 2 derselben waren mit Kiefergelenksankylosen (entstanden nach Osteomyelitis, bezw. Scharlach) kombinirt, sonst war stets in ihnen die Kieferbewegung völlig frei. Fall 3 ist auf eine Periostitis (schweren Zahnabscess) zurückzuführen, während bei Fall 4 eine Otitis als Grund in Frage kommt; freilich könnte dieser Fall auch als angeboren angesehen werden. Der mikrognathe Pat. von Fall 5 zeigt eine skoliotische Verschiebung nach rechts nicht nur des Kinnes, sondern auch der Nase, des Mundes, des Zungenbeines und des Kehlkopfes. Eine wahrscheinlich von einem kalten Abscesse hinterlassene Narbe vor dem rechten Ohre giebt einen Fingerzeig auf die Entstehungs-

ursache der Difformität. Sehr eigenthümlich ist Fall 6, in dem der Fehler anscheinend dadurch entstand, dass nach einer Pneumonie der Pat. ein rapides Körperwachsthum erfuhr, an welchem aber sein Unterkiefer sich nicht betheiligte. Fall 7 ist wieder einfacher, da hier eine Kieferosteomyelitis mit Sequesterbildung anamnestisch feststellbar war; doch ist der Fall dadurch bemerkenswerth, dass auch hier skoliotisch-asymmetrische Stellung von Zungenbein und Kehlkopf zu finden war, und auch die Zunge selbst asymmetrisch gebildet ist. L. macht besonders darauf aufmerksam, dass die Difformität bei Mikrognathie nicht allein den Unterkiefer betrifft, sondern auch Oberkiefer, Zunge, Zungenbein und Kehlkopf Stellungsveränderungen erfahren. Die oft dabei auch zu findende Schmalheit und abnorm hohe Wölbung des harten Gaumens deutet ferner auf Wachsthumshemmung der maxillaren Gaumenfortsätze hin. Die Wachsthumsstörung bleibt also nicht begrenzt, sondern dehnt sich weit auf die Nachbarschaft aus, ähnlich wie beim Caput obstipum oder bei der Hemiatrophia facialis, so dass der Gedanke an eigenthümliche trophische Störungen nahe liegt.

Die operativen Behandlungsversuche des Leidens haben bislang noch nicht viel erzielt. Sie werden kurz erwähnt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

8) **Lipowski.** Über Erkrankungen der Stirn- und Kieferhöhlen und eine neue Untersuchungsmethode derselben.

(Virchow's Archiv Bd. CLXI. p. 580.)

Nach einigen Bemerkungen über die Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase und die Schwierigkeit der Diagnosenstellung kommt Verf. auf seine eigenen Untersuchungsmethoden. Er ließ zuerst eine Stimmgabel über der Stirnhöhle schwingen und kontrollirte deren Klang durch ein Phonendoskop. Durch Klangunterschiede konnten auf diese Weise mit Leichtigkeit die Grenzen der Höhle bestimmt werden, und glaubte Verf. damit das Problem gelöst zu haben. Doch überzeugte er sich bald, dass seine Entdeckung auf einer Täuschung beruhte; denn die Klangunterschiede waren in Folge von Spannungsunterschieden der Haut entstanden. Sodann suchte er tiefer zu dringen mit der Schallerzeugung, indem er Plessimeter und Hammerstiel anwandte. Auch hiermit kam er, wenigstens bei der Stirnhöhle, nicht über die Hautleitung hinaus, während er bei der Kieferhöhle ein günstigeres Resultat gewann: »es schien die Abgrenzung der Höhle gut und leicht möglich«.

Die Untersuchungen geschahen 1) am Lebenden, nachdem durch Lippenhalter die Oberlippe hochgezogen war, um dadurch die Vorderwand der Highmorshöhle freizulegen, 2) an der Leiche, und zwar hier bei verschiedenem Füllungsgrade der Kieferhöhle.

Diese Untersuchungen sind nach des Verf. Ansicht ungleich bequemer und instruktiver am Krankenmateriale ausführbar, welches ihm leider in dieser Beziehung nicht zur Verfügung stand. Doch

ist er nach seinen bisherigen Resultaten der sicheren Überzeugung, dass brauchbare und werthvolle Ergebnisse aus fleißigen und alle physikalischen Verhältnisse berücksichtigenden Untersuchungen resultiren werden.

Fertig (Göttingen).

---

9) **A. Most.** Über den Lymphgefäßapparat von Kehlkopf und Trachea, und seine Beziehungen zur Verbreitung krankhafter Processe.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 199.)

M. berichtet über die Resultate von Lymphgefäßinjektionen nach Gerota's Methode, die er in ca. 40 Objekten von Neugeborenen bezw. jungen Kinderleichen in der Breslauer Anatomie ausgeführt hat. 3 die als typisch erkannten Befunde darstellende gute Tafeln sind beigefügt. Da die mukösen Lymphgefäße auf den Stimmfalten sehr spärlich und zart sind, oberhalb und unterhalb von ihnen aber dichte und großkalibrige Netze bilden, resultiren 2 ziemlich scharf geschiedene laryngeale Lymphgebiete, ein oberes und unteres, welche nur an der hinteren Kehlkopfwand mit einander in freier Verbindung stehen. Die Lymphgefäße des oberen Lymphgebietes treten durch die Membrana thyreo-hyoidea aus und sammeln sich in den tiefen Cervicaldrüsen, die nahe der Carotistheilung oder tiefer liegen; durch das Lig. conicum treten wesentlich aus dem Quellgebiete des vorderen Theiles der subglottischen Kehlkopfschleimhaut einige zarte Gefäße, um in 1 oder 2 prälaryngeal gelegene Drüsen zu münden; aus dem hinteren unteren Kehlkopflymphgebiete endlich gehen die Gefäße hinten durch das Lig. crico-tracheale zu Drüsen entlang dem Recurrens und Vagus in der Furche zwischen Speise- und Luftröhre bis zur Brustapertur hinab. Die tiefen Cervicaldrüsen sind durchaus die wichtigsten.

Den anatomischen Erörterungen folgen einige klinische. Bei der Lymphgefäßarmuth der Stimmbänder disponiren auf diese beschränkte Carcinome weniger zu metastatischer Drüseninfektion. Den Sitz der letzten bilden dem anatomischen Verhältnis entsprechend wesentlich die tiefen Halsdrüsen. Die letzteren können unter Umständen zu stattlichen Geschwülsten degeneriren, während die primäre Neubildung noch gar nicht entdeckt war. Auch für die Begrenzung tuberkulöser Ulcerationen ist die Lymphgefäßarmuth der Stimmbänder bedeutungsvoll. Infektionsschwellung der prätrachealen und prälaryngealen Drüsen ist im Ganzen praktisch nicht sehr bedeutungsvoll. Sie kann unter Umständen bei Tuberkulose zur Beobachtung gelangen. (Litteraturverzeichnis von 67 Nummern.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

10) **H. Starck.** Die Divertikel der Speiseröhre.

Leipzig, **F. C. W. Vogel,** 1900. 206 S.

Die vorliegende Arbeit gründet sich auf ein erschöpfendes Litteraturstudium, so wie auf mehrere selbst beobachtete, lehrreiche

Fälle. Sie zeugt von tiefem, ungemein gründlichem Durchdringen des behandelten Themas und von scharf kritischem Denken und stellt vermöge dieser Vorzüge eine erfreuliche und bleibend werthvolle Erscheinung auf dem Büchermarkte dar.

Nach einer kurzen, der Sonderstellung der Speiseröhre hinsichtlich der Erkennung und Behandlung ihrer Erkrankungen gewidmeten Einleitung bespricht S. zunächst die Traktionsdivertikel. Diese, früher als ungemein selten angesehenen Bildungen haben sich, seitdem man anfing, bei Obduktionen systematisch danach zu suchen, als ein relativ häufiges Leiden herausgestellt. Auf Grund von über 250 zum Theil in Tabellenform zusammengestellten Sektionsbefunden entwirft Verf. ein anschauliches Bild von der pathologischen Anatomie dieser Divertikel. Das Vorhandensein oder Fehlen der Muscularis in der Divertikelwand berechtigt nach seiner Ansicht nicht zur principiellen Scheidung in zwei verschiedene Gruppen, hängt vielmehr nur von der Intensität des zur Divertikelbildung führenden Entzündungsprocesses in der Nachbarschaft der Speiseröhre ab. Das Primäre ist in der Mehrzahl der Fälle eine Entzündung der in Höhe der Trachealbifurkation gelegenen Lymphdrüsen, und dem entsprechend ist der konstante Sitz dieser Divertikel in dieser Gegend an der Vorderfläche der Speiseröhre. Als ätiologische Momente für diese Drüsenentzündung und nicht selten -vereiterung kommen die Anthrakose, nächstdem diese kombinirt mit Tuberkulose, weiter reine Tuberkulose, schließlich auch anderweitige Infektionskeime in Betracht. Ferner spielen Lungenerkrankungen, besonders Tuberkulose, aber auch chronisch indurative Pneumonien, reine mediastinale Entzündungs- und Schrumpfungsprocesse, vielleicht auch Entzündungen des Herzbeutels und der Pleura eine Rolle in der Ätiologie; ob auch ein kongenitaler Ursprung dieser Divertikel in Betracht kommt, ist ganz unsicher. Eingehend wird geschildert, wie die erwähnten Processe zur Divertikelbildung führen, wie die bekannte zeltartige Form derselben zu Stande kommt, warum die überwiegende Mehrzahl derselben sich bei Leuten findet, die das 30. Lebensjahr überschritten haben, warum vorzugsweise Männer befallen werden, und warum endlich die Krankheit intra vitam fast nie Symptome macht, die eine Diagnose ermöglichen. Ob in dieser Hinsicht die Ösophagoskopie eine Änderung herbeiführen wird, muss die Zukunft lehren. Trotz der meist fehlenden Symptome bedrohen diese Divertikel das Leben in hohem Maße und zwar in erster Linie durch die häufigen Perforationen, die je nach Lage und Richtung zu eitrigjauchiger Mediastinitis und Pleuritis, Aspirationspneumonie u. Lungengangrän, Pyopneumothorax, Perikarditis und Pneumokardium oder durch Gefäßarrosion zu tödlicher Blutung führen können. Ferner scheinen die Divertikel einen günstigen Boden für die Entstehung des Carcinoms zu geben. Eine Therapie des Leidens kam bisher noch nie in Betracht, da noch nie die Diagnose desselben während des Lebens gestellt wurde.

Die Pulsionsdivertikel theilt S. ein in pharyngeale, Zenker'sche oder pharyngo-ösophageale und endlich ösophageale Pulsionsdivertikel. Die eigentlichen Rachendivertikel sind ihrem Ursprunge nach innere unvollständige Kiemenfisteln und als solche wohl auf die 3. Schlundtasche zurückzuführen. In ihren Symptomen entsprechen sie durchaus den Zenker'schen Divertikeln, sind aber principiell von diesen scharf zu trennen wegen ihrer durchaus verschiedenen Ätiologie.

Für die Genese der echten Zenker'schen, an der Grenze zwischen Pharynx und Ösophagus gelegenen Divertikel der hinteren Speiseröhrenwand ist eine Reihe von Theorien zur Erklärung herangezogen worden. S. weist diese Theorien, welche solche Divertikel als angeborene Hemmungsbildungen bei der Differenzirung von Ösophagus- und Respirationsorganen, als Bildungsanomalien im Bereiche der Kiemenfurchen oder als Rückschlagbildungen im atavistischen Sinne zu deuten suchten, im Einzelnen in überzeugender Weise zurück und tritt mit Entschiedenheit für die schon von Zenker und Ziemssen angenommene mechanische Entstehung der Divertikel ein. Die scheinbar mit dieser Annahme im Widerspruche stehende Thatsache, dass die Pulsionsdivertikel dieser Kategorie stets an derselben Stelle gefunden werden, erklärt sich unschwer aus dem eigenthümlichen Verlaufe der Schlundmuskulatur, welche gerade an der in Betracht kommenden Stelle durch Auseinanderweichen der Muskelfasern einen der Längsmuskulatur beraubten, dreieckig gestalteten Locus minoris resistentiae schafft. Begünstigend für die Ausbuchtung der Speiseröhrenwand an dieser Stelle kommt noch hinzu, dass die Speiseröhre an ihrem Übergange in den Rachen in der Höhe des Ringknorpels die geringste Ausdehnungsfähigkeit besitzt, hier also gewissermaßen eine physiologische Enge besteht. So macht sich an dieser Stelle beim Schlingakte ein erhöhter Seitendruck geltend, und es liegen hier Verhältnisse vor, welche Schädigungen und das Steckenbleiben von Speisen an dieser Stelle am leichtesten begreiflich machen. Solche theils geringere, theils erheblichere Traumen finden sich auch in der Anamnese der Divertikelkranken sehr häufig als Ursache des Leidens angeführt. Aber auch durch Kompression von außen, sei es durch Kropf oder intrathoracische Geschwülste, kann die Divertikelbildung angeregt werden. — So lange die Kehlkopfknorpel weich und elastisch sind, können sie event. einem Drucke von der Speiseröhrenlichtung aus nachgeben; entsprechend der Verknöcherung des Kehlkopfes, die beim Manne zwischen dem 40.—50. Lebensjahre, beim Weibe noch später auftritt, überwiegt das höhere Lebensalter bei der Entstehung dieser Divertikel und eben so das männliche Geschlecht. — Findet nun eine Verletzung der Muskulatur an der schwachen Stelle statt, entsteht eine Lücke, so wird die Schleimhaut durch die unter hohem Drucke passirenden Bissen allmählich hernienartig vorgewölbt, Retention von Speisen befördert das Wachsthum, und es entsteht so die Pharynxhernie oder Pharyngocele mit kleiner Eingangsöffnung und nur aus Schleimhaut bestehend.

Wird dagegen ohne eigentliches Trauma der schwach angelegte dreieckige Raum an der hinteren Schlundwand allmählich in toto vorgewölbt und die schwache Muskulatur durch den stets wiederkehrenden Druck allmählich gedehnt, eingerissen und aus einander gedrängt, so wird die Grube zur Tasche und endlich zum großen Sacke mit weiter Mündung, und die Schleimhaut der Sackwand zeigt mehr oder weniger Reste von Muskulatur. Das Fehlen oder Vorhandensein der letzteren bedingt also principiell keinen Unterschied für die Beurtheilung der Genese des Divertikels.

Anschließend an diese Auseinandersetzungen über die Ätiologie des Leidens, die wir wegen ihrer principiellen Wichtigkeit etwas ausführlicher wiedergeben zu sollen glaubten, verbreitet sich Verf. auf Grund von 93 tabellarisch geordneten Fällen über Vorkommen, Geschlecht und Alter, so wie die anatomischen Eigenthümlichkeiten und entwirft dann ein ungemein anschauliches Bild von der Krankheit und ihrem Verlaufe, dem er eine genaue Beschreibung der einzelnen Symptome folgen lässt; es würde zu weit führen, auf diese näher einzugehen. Die Diagnose ist, wenn man überhaupt an das Leiden denkt, meist schon aus der durchaus charakteristischen Anamnese zu stellen, weitere Hilfsmittel sind die Konstatirung der je nach der Nahrungsaufnahme veränderlichen Halsgeschwulst, die Ösophagoskopie, Sondenuntersuchung, Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen und der Einhorn'schen Magenlampe.

Die Prognose des Leidens ist entsprechend seinem chronisch progressiven Verlaufe eine durchaus schlechte; der Tod tritt entweder durch Verhungern oder durch interkurrente Krankheiten, besonders Aspirationspneumonien ein.

Die einzige Behandlung, welche das Leiden beseitigen kann, ist die operative. Da aber die Kranken sich, so lange sie überhaupt noch schlucken können, nicht leicht dazu entschließen, so können wir auch der palliativen Mittel nicht entrathen. In dieser Hinsicht sind zu nennen vernünftige Diät und Anweisung, die Speisen richtig zu kauen und einzuspeicheln und langsam zu essen, Versuche, die Schwelle des Divertikeleingangs durch besonders konstruirte Sonden nach abwärts zu drängen und so die Ausbildung der Sackform so lange als möglich hintanzuhalten, Sondirung mit an der Spitze nach vorn abgebogener Divertikelsonde, theils um die Stenose zu beseitigen und den Weg in die Speiseröhre offen zu halten, theils um direkt die Nahrung durch die Sonde einzuführen, Entleerung des Divertikels durch Druck oder geeignete Lagerung und Ausspülung desselben mit desinficirenden Flüssigkeiten, Anwendung der Elektricität etc.

Hinsichtlich der Operationsmethoden, welche im Einzelnen geschildert werden, stellt S. folgende Indikationen auf: Die Gastrostomie ist bei äußerst geschwächten Kranken, die keine Narkose mehr vertragen, so wie bei organischen Stenosen am Platze, bei denen von der Exstirpation kein Erfolg zu erwarten, dagegen eine retrograde Sondirung erstrebenswerth ist. Die Exstirpation als einzige

radikale Methode kommt bei großen und kleinen Divertikeln, welche eine Stenose verursachen und die Ernährung rasch reduciren, als möglichst frühzeitig vorzunehmender Eingriff in Betracht. Bei kleinen Divertikeln kann neben der Exstirpation die Invaginationsmethode nach Girard angewandt werden; welche von beiden Methoden den Vorzug verdient, lässt sich auf Grund der beiden einzigen nach letzterer Methode behandelten Fälle nicht entscheiden. — Die Erfüllung der Indicatio vitalis kann durch Nährklysmen, subkutane Ölernährung, Analeptica und durch die Gastrostomie angestrebt werden.

Der Schluss des Buches ist den Pulsionsdivertikeln des Ösophagus gewidmet, von denen S. 25 Fälle aus der Litteratur und einen eigenen zusammenstellt. Dieselben kommen in jedem Lebensalter vor und sind wahrscheinlich gar keine ätiologisch einheitliche Erkrankung. Der Mehrzahl nach gehen sie wohl aus Traktionsdivertikeln hervor, doch lässt sich auch die Möglichkeit einer kongenitalen Anlage nicht von der Hand weisen; ob auch Traumen eine Rolle spielen, bleibt dahingestellt. Der Sitz dieser Divertikel ist stets die vordere oder seitliche Wand in Höhe der Bifurkation der Trachea, die Größe schwankt zwischen der einer Erbse und einer Mannsfaust, die sehr dünne Wand besteht aus Schleimhaut und einem Bindegewebsüberzug. Das klinische Bild gleicht im Ganzen dem der Zenker'schen Divertikel, die Abweichungen von demselben erklären sich durch die Verschiedenheit des Sitzes. Die Methoden der Diagnosenstellung und der Behandlung sind aus den Arbeiten von Kelling und Reitzenstein bekannt. Die Aussicht auf eine Operation innerhalb des Brustraumes ist wohl als Zukunftsmusik zu bezeichnen!

Damit haben wir versucht, wenigstens in großen Zügen den Inhalt der werthvollen Monographie wiederzugeben; im Übrigen können wir dieselbe zu eingehendem Studium nur aufs Wärmste empfehlen.

R. v. Hippel (Dresden).

---

11) **H. Starck.** Sarkome des Ösophagus.

(Virchow's Archiv Bd. CLXII. p. 256.)

Verf. giebt eine genaue klinische und anatomische Beschreibung zweier Fälle von primärem großzelligen Rundzellensarkom der Speiseröhre mit großer Neigung zu sekundären Veränderungen (Ulceration, Hämorrhagien) und Metastasenbildung. In der Litteratur konnten noch 7 analoge Fälle gefunden werden, deren Krankengeschichten Verf. aufführt. Er kommt nach seinen Ausführungen zu dem Schlusse, dass das Speiseröhrensarkom ein äußerst seltenes Leiden ist, das nur in Ausnahmefällen (an Kindern oder durch Untersuchung von Geschwulstpartikelchen) mit einiger Wahrscheinlichkeit diagnosticirt werden kann, das eine ungünstige Prognose hat, indem es bei machtloser Therapie nach einer durchschnittlichen Dauer von 6 Monaten zum Tode führt.

Fertig (Göttingen).

---

12) **W. D. Dobromysslow.** Ein Fall von transpleuraler Ösophagotomie im Brustabschnitte.

(Wratsch 1900. No. 28. [Russisch.])

Auf Anregung Prof. Ssalistschew's experimentirte D. an Hunden. Da die extrapleurale Methode von Nassilow zu wenig Raum gewährte und wegen der leicht möglichen Pleuraverwundung sehr gefährlich war, und da andererseits in Ssalistschew's Klinik einige traumatische Pleuraeröffnungen bei sofortigem Verschlusse und Aspiration der eingedrungenen Luft gut heilten, so arbeitete D. folgende Operationsmethode aus. Der Hund wird mehrere Tage lang diätetisch vorbereitet und bekommt am Tage vor der Operation nichts zu fressen. Äthernarkose, Tracheotomie, künstliche Athmung mittels Elektromotor. Bildung eines großen Lappens aus der ganzen Dicke der Brustwand (links), von der 6.—10. Rippe, längs der Rippen 10—15 cm lang, mit Stiel hinten, 2—3 cm von den Dornfortsätzen. Der Lappen wird nach hinten geklappt, die interkostalen Gefäße unterbunden, das in die Pleura gelangte Blut — höchstens 100,0 — entfernt und nun ein Schnitt über die Speiseröhre durch die Pleura geführt von der Lungenwurzel bis beinahe zum Zwerchfelle; dabei wird der N. vagus durchschnitten. Auslösung der Speiseröhre stumpf und mit dem Messer, mit meist geringer Blutung. Excision eines 3,5—4,0 cm langen Stückes, Naht der Enden mit Seide in 2 Reihen, wobei die Fäden nicht in die Schleimhaut dringen und die Muscularis 1,0—1,5 cm weit fassen. Endlich wird der Brustwandlappen an Ort und Stelle gebracht und dreireihig genäht (Interkostalräume, Muskeln, Haut); die eingedrungene Luft unter negativem Drucke (über 30 mm Hg) aspirirt und die künstliche Athmung unterbrochen. Die bei der Operation fast immer vorkommende Verwundung der anderen Pleura und des Perikards wird vernäht und ruft keine schlimmen Folgen hervor. — D. bringt die Operationsgeschichte eines Hundes, der 3 Wochen nach der Operation zu Grunde ging, wohl in Folge Überfüllung des Magens mit rohem Fleische; einige Tage nach der Operation stellten sich nach frühzeitigem Genusse harter Speise vorübergehend Stenoseerscheinungen ein. Die Sektion zeigte die Speiseröhre gut verheilt mit nur ganz geringer Dilatation oberhalb der genähten Stelle. Versuche an menschlichen Leichen überzeugten D. von der Ausführbarkeit der Operation am Lebenden, und empfiehlt er sie für passende Fälle mit Anwendung der künstlichen Respiration und nachfolgender Aspiration der eingedrungenen Luft; die letztere ist überhaupt in manchen Fällen von Pneumothorax das beste Mittel, um das Leben zu retten.

E. Gückel (B. Karabulak, Saratow.).

13) **Z. Sampirescu.** Amputations ostéoplastiques, appliquées dans la continuité des os longs des extrémités.

(Revue de chir. 1900. No. 8.)

Das Princip der von S. empfohlenen Amputationsmethode besteht darin, dass ein mit dem Weichtheillappen in Verbindung bleibendes diaphysäres Periost-Knochenstück dem Knochenstumpfe aufgepflanzt wird, um einen soliden und besonders tragfähigen Amputationsstumpf zu schaffen. Das Ziel ist demnach dasselbe, wie es besonders Bier verfolgt, dessen osteoplasische Amputationsmethoden indess von S. nicht erwähnt werden; S. wählt nur einen anderen Weg. Zum genaueren Verständnisse muss die Arbeit selbst mit ihren zahlreichen Abbildungen studirt werden. Hier sei nur kurz angegeben, dass S. zunächst unter Bildung zweier Hautmuskellappen von ungleicher Länge den Knochen in der Höhe der Spitze des kürzeren absetzt, dann ihn zur Ausschneidung eines der Größe des Knochenquerschnittes entsprechenden, dem größeren Weichtheillappen angehörenden Periost-Knochenstückes der Länge nach bis in die Markhöhle einsägt und an dessen oberem Ende quer durchtrennt und schließlich den knöchernen Stumpf etwas höher nochmals absägt. Das Knochenstück wird sodann mittels einiger Nähte gegen den Stumpf fixirt. Am Vorderarme und Unterschenkel werden 2 Periost-Knochendeckel für die betreffenden 2 Diaphysenstümpfe gebildet. — Die Dauer der Operation soll Alles in Allem nur 45—50 Minuten betragen. Ob und mit welchem Erfolge S. in der angegebenen Weise schon am Lebenden operirt hat, geht aus der als Laboratoriumsarbeit bezeichneten Abhandlung nicht hervor. **Kramer** (Glogau).

---

14) **Jedličtzer, Kratzenstein** und **Scheffer.** Die topographische Anatomie der oberen Extremitäten.

(Atlas der normalen und pathologischen Anatomie in typischen Röntgenbildern.)

Das 4. Heft dieses vorzüglichen Atlas liegt uns vor, und man muss zugestehen, dass es den 3 vorhergehenden würdig nachfolgt.

Rein äußerlich betrachtet, muss es auffallen, dass die Reihenfolge der 3 Gelenke der Extremität in Wort und Bild eine eigenthümliche ist. Zunächst wird das Ellbogengelenk geschildert und abgebildet, dann folgt das Handgelenk, und beschlossen wird das Heft mit dem Schultergelenke. Wiewohl die verschiedenen Gelenke von verschiedenen Autoren bearbeitet sind, hätte man der natürlichen Reihenfolge keinen Zwang anzuthun brauchen.

Die Bilder, die der Atlas bringt, sind durchweg ideal schön und sehr gut reproducirt, so dass sie bei Weitem alles auf dem Gebiete in anderem Verlage Erschienene übertreffen.

Besonders das vorliegende Heft befriedigt das Bedürfnis der praktischen Röntgographen, von denen jeder wohl an sich erfahren hat, dass die Deutung des Röntgenbildes manchmal schwieriger ist,

als die Aufnahme selbst; ohne Vergleichsobjekte ist da eine Entscheidung oft kaum möglich. In den Abbildungen des Atlas stehen ihm wundervolle Testobjekte zur Verfügung. **H. Wagner** (Breslau).

---

15) **Wildt.** Ein abnormes Sesambein auf der Rückseite des Kniegelenks.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. III. Hft. 5.)

W. hat 4mal ein Sesambein auf der Rückseite des Kniegelenks gefunden, das der Sehne des Semitendinosus oder Semimembranosus anzugehören scheint. Irgend welche Erscheinungen in der Funktion des Gelenks machte das Sesambein nicht. Er berechnet die Häufigkeit dieses Befundes auf 27%.

Mit diesem Befunde giebt W. aber nichts Neues, es handelt sich hier offenbar um ein längst bekanntes und beschriebenes Sesambein in der hinteren Wand der Kniegelenkskapsel, die sog. »Fabella«.

H. Wagner (Breslau).

Kleinere Mittheilungen.

Ein Versuch der Wiederbelebung (ad modum Prus) eines in Chloroformnarkose gestorbenen Mannes.

Von

H. Maag, Nästved in Dänemark.

Im »Centralblatt für Chirurgie« Nr. 40. 1900 war ein Artikel von Prus (Lemberg): »Über die Wiederbelebung in Todesfällen in Folge Erstickung, Chloroformvergiftung und elektrischem Schlage« referirt; das Original findet man in »Wiener klinische Wochenschrift« Nr. 20 und 21, 1900. Prus hat mit 100 Hunden experimentirt, die er durch Chloroformirung, Elektricität oder Erwürgung tödtete, und welche er dann durch Lufteinblasen in die Lungen durch eine Trachealkanüle und durch direkte rhythmische Kompressionen des bloßgelegten Herzens wieder zu beleben versuchte. Die Versuche mit Chloroform sind mit 21 Hunden ausgeführt, und von diesen gelang es Prus, 16 auf die erwähnte Weise zu beleben.

Ich habe Gelegenheit gehabt, seine Methode an einem Manne, der unter Chloroformnarkose in dem von mir geleiteten Krankenhause starb, zu versuchen, Wegen der Wichtigkeit der Sache will ich die Krankengeschichte mittheilen.

An einem 27jährigen Arbeiter wollte ich wegen einer langwierigen Ischias, die vergeblich auf andere Weise behandelt war und die den Mann arbeitsunfähig machte, eine Nervendehnung unter Chloroformnarkose unternehmen. Sein Herz war gesund, es war kein Zucker oder Albumen im Urin, und es bestanden sonst keine Kontraindikationen gegen eine Narkose. Pat. war früher ein sehr starker Trinker gewesen, hatte sich aber im letzten Jahre gänzlich des Alkohols enthalten. — Am 24. Oktober 1900, Morgens 8 Uhr begann die Narkose; nach Verlauf von 10 Minuten, in welcher Zeit Pat. das Chloroform tropfenweise auf eine Esmarch'sche Maske bekommen hat, ist er nach nur geringer Excitation so weit narkotisirt, dass er auf die Seite gelegt und die Operationsstelle gereinigt werden kann. Mit diesen Vorbereitungen gehen ca. 5 Min. hin, in welchen Pat. ruhig mit guter Respiration, gutem Puls, so wie kontrahirten Pupillen schläft. Als die Haut incidirt wird, reagirt er stark, wesshalb der Narkotiseur gebeten wird, ihm etwas

mehr Chloroform zu geben. Er bekommt indess nur einige Tropfen, weil er gleich darauf asphyktisch wird; er hat bis dahin im Ganzen 15 g bekommen. Nach den gewöhnlichen Wiederbelebungsversuchen ist er bald wieder vollständig restituirt, und die Operation wird, ohne dass weiter Chloroform gegeben wird, fortgesetzt und im Laufe einiger Minuten vollendet. Pat. wird nun abermals asphyktisch. Man wiederholt die Wiederbelebungsversuche (Hervorziehen und Traktionen der Zunge, künstliche Respiration, Klopfen des Präcordium u. s. w.) energisch, aber ohne Resultat; nach Verlauf von 10—15 Min. führe ich die Tracheotomie aus und blase durch die Kanüle Luft ein, aber Alles vergeblich! Pat. ist pulslos, ohne Respiration, kühl und cyanotisch. Ich entschließe mich nun zum Versuche der direkten Herzkompressionen. — Es wird die Resektion des 3. und 4. Kostalknorpels und eines kleinen Stückes der Rippen gemacht, der Haut-Muskel-Rippenlappen wird zur Seite gelegt, und es zeigt sich, dass der linke Pleurasack geöffnet ist. Die Hand wird sofort in diesen geführt und erfasst das Herz sammt Pericardium; es finden keine Herzkontraktionen statt. Nach wenigen rhythmischen Kompressionen des Herzens fängt dieses an zu arbeiten, erst ganz schwach, dann stärker und stärker. Es wird mit Herzkompressionen und Lufteinblasen fortgefahren. Das Herz wird mit voller Hand umfasst und theils mit dieser allein, theils durch Andrücken gegen die Hinterfläche des Sternums komprimirt. Das Lufteinblasen geschieht durch ein Gummirohr, das genau in die Kanüle passt; da dieselbe indessen nicht dicht in die Trachea passt, entschlüpft ein Theil der Luft durch Nase und Mund, wesshalb diese von einem Gehilfen komprimirt werden müssen.

Nach Verlauf ca. einer halben Stunde kommt die erste schnappende Respiration, welche tiefer und tiefer wird; aber es kommt zunächst immer nur eine einzelne Respiration; danach muss das Lufteinblasen mehrere Respirationen ersetzen; dann kommen zwei spontane Respirationen, dann drei und so weiter; etwa um 11 Uhr konnte Pat. selbständig ohne Hilfe 10 mal nach einander athmen; um 11½ Uhr fängt er plötzlich an tief und regelmäßig Luft zu schöpfen ohne Mithilfe des Einblasens; das Herz schlägt indessen kräftig ca. 70mal in der Minute; nur ab und zu werden einige Kompressionen gemacht, um dasselbe zu stimuliren. Bei diesem Standpunkte fangen die Arterien in der Resektionswunde an zu spritzen, so dass dieselben ligirt werden müssen; auch die Tracheotomiewunde blutet. Die Pupillen sind kontrahirt, die Gesichtsfarbe ist schon lange natürlich, und Pat. klemmt die Kiefer so stark zusammen, dass es fast unmöglich ist, ihm den Mund zu öffnen. — Die Wunden werden nun genäht; die Resektionswunde nur theilweise, so dass man, falls nothwendig, das Herz von Neuem komprimiren kann. Ein paar sterile Gazestreifen werden nach Aufsaugen des Blutes aus dem Innern der Pleurahöhle in diese eingeführt; die Wunden werden steril verbunden und Pat. ins Bett gelegt.

Es sah aus, als sei alle Gefahr vorüber, nur war das Bewusstsein des Kranken nicht zurückgekehrt, und er reagirte nicht bei der Wundbehandlung. Etwa um 12 Uhr wollte ich gerade das Krankenhaus verlassen, als das Athmen plötzlich anfing schwächer zu werden und im Laufe einiger Minuten ganz aufhörte. Wir begannen abermals mit dem Lufteinblasen, aber dies Mal leider ohne Resultat. Wir machten gewöhnliche künstliche Respiration, Faradisation des N. phrenicus, Infusion von Kampheröl, Infusion von Salzwasser etc. Unterdessen schlug das Herz fortwährend voll und kräftig bis Abends 8 Uhr, als es plötzlich stille stand. Erst dann hielten wir mit dem Lufteinblasen ein. In allen diesen Stunden sah Pat. wie ein Schlafender aus, die Gesichtsfarbe war roth und die Pupillen kontrahirt; in demselben Momente dagegen, als die Herzkontraktionen aufhörten, glich er einem Todten. Die Temperatur war nur langsam gefallen, um 4 Uhr betrug dieselbe 36,9°, um 5 Uhr 36°, 6 Uhr 35,6°, 7½ Uhr 34°. — Nach und nach hatte sich ein ziemlich bedeutender Meteorismus entwickelt, der Magen und die Gedärme waren von der Luft, welche bei dem Lufteinblasen neben der Kanüle durch Rachen und Ösophagus eingedrungen war, aufgebläht.

S e k t i o n (20 Stunden nach dem Aufhören des Herzschlages). An beiden Lungen sieht man subpleurale Ekchymosen. Die rechte Pleura adhärirt mit einem



großen Theile der Hinterfläche. An dem rechten Hilus pulmonis wird eine nussgroße verkalkte Drüse gefunden. Das Herz schlaff, die Herzklappen und Aorta gesund, das Diaphragma sehr stark nach oben gewölbt durch die starke Luftaufblähung des Magens und der Gedärme; sonst nichts Abnormes.

Dieser Fall veranlasst mich zu folgenden kurzen Bemerkungen:

1) Ich glaube, dass Prus uns den richtigen Weg angezeigt hat, wenn er uns den Versuch der Wiederbelebung von Chloroformtodten mit Lufteinblasen und direkten Herzkompressionen empfiehlt. Es ist keinem Zweifel unterworfen, dass mein Pat. wirklich wiederbelebt war, und dass nur zufällige, unglückliche Umstände bewirkten, dass die Wiederbelebung nicht von Dauer war.

2) Man muss eine Tamponkanüle zum Lufteinblasen gebrauchen, um das Eindringen der Luft in Magen und Darmkanal zu verhindern. Durch dieses Lufteindringen wird das Zwerchfell nach oben gewölbt und kann so nicht an der Respiration theilnehmen, was um so schlimmer ist, als Prus beobachtet hat, dass es gerade dieser Muskel ist, welcher zuerst die Arbeit im Dienste der Respiration bei seinen Wiederbelebungsversuchen aufnimmt. Es ist vielleicht nicht richtig, die Luft mit dem Munde einzublasen, weil diese dann schon einmal respirirt ist; doch glaube ich, dass dies nicht viel zu bedeuten hat, und jedenfalls kann man sich in der Eile nicht Maschinen für künstliches Lufteinblasen verschaffen.

3) Bei der Bloßlegung des Herzens darf man die Pleura nicht verletzen. Auf dem Chirurgenkongresse in Berlin 1899 hielt Wehr einen Vortrag über »Eine neue Methode der Eröffnung des Brustkorbes zur Bloßlegung des Herzens« — (siehe: Bericht über die Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft f. Chr. XXVIII. Kongress, Beilage z. Centralblatt f. Chr. 1899 Nr. 27). — Wehr's Methode habe ich später einige Male an Leichen versucht; das Öffnen des Pericardium gelang mir in allen Fällen ohne Verletzung der Pleura, die Öffnung im Brustkorbe war aber so klein, dass man nur mit Beschwerden durch diese eine effektive Herzkompression ausführen könnte. Die Öffnung kann man aber nicht leicht ohne Beschädigung der Pleura vergrößern.

Ein weitläufigerer Bericht ist von meinem Assistenten, Hrn. Dr. Kjer-Petersen, über den Fall verfasst und in die dänische »Hospitalstidende« Nr 47, 1900 aufgenommen.

---

16) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

112. Sitzung am Montag, den 12. November 1900, im Krankenhause Friedrichshain.

Vorsitzender: Herr Hahn.

1) Herr Walker: Über Herznaht.

W. zeigt das Präparat von einem Herzen mit 8 Messerstichwunden, wovon mehrere perforirten; sämmtlich im linken Ventrikel, werden durch 11 Nähte geschlossen. Pat. starb $1^1/_2$ Tag später. Weiterer Fall von Herznaht des rechten Ventrikels nach Stichverletzung, starb kurz darauf. Außerdem noch 3 Fälle von Herzstichverletzung, wovon 2 ohne Naht heilten, einer starb. W. empfiehlt Resektion einer Rippe, event. Durchtrennung weiterer Rippen; dadurch genügend übersichtliche Freilegung des Operationsfeldes möglich.

2) Herr Hahn: Über operative Behandlung der Pancreatitis haemorrhagica acuta.

H. berichtet über 5 von ihm beobachtete Fälle von Hämorrhagie des Pankreas bezw. von Pancreatitis haemorrhagica acuta. Nach Fitz theilt man die Entzündungen des Pankreas in hämorrhagische, eitrige und nekrotisirende, und außerdem unterscheidet man noch reine Hämorrhagien. Wenn man schon anatomisch selten reine Formen dieser verschiedenen Entzündungen findet, so kann man noch viel weniger dieselben klinisch immer genau erkennen. Es kommen Hämorrhagien allein vor, jedoch treten sehr bald Entzündungen dazu, und aus den hämorrhagischen entwickeln sich die eitrigen; schließlich führen alle zur Nekrose des Organes. Bei allen Entzündungen können Fettgewebsnekrosen in der Umgebung des Pankreas,

im Omentum und im Mesenterium auftreten. Am seltensten kommen die Fettgewebsnekrosen bei den eitrigen, am häufigsten bei den hämorrhagischen Entzündungen und Hämorrhagien vor. Von Dr. Balser, einem früheren Assistenzarzt des Krankenhauses Friedrichshain, ist die Fettgewebsnekrose bei Pankreaserkrankung im Jahre 1877 und 1879 beobachtet, und im Jahre 1882 ist in Virchow's Archiv diese hochbedeutsame Entdeckung von Balser veröffentlicht. Man hielt in den ersten Jahren die Fettgewebsnekrose für die Ursache der Pankreaserkrankung; jetzt ist man allgemein der Ansicht, dass sie eine Folge der Pankreaserkrankung sei. Sowohl experimentelle Untersuchungen als auch Beobachtungen von Traumen des Pankreas beim Menschen, ganz besonders jüngst 2 von Simmondi und Schmidt beschriebene Fälle sprechen für die letztere Ansicht. In beiden Fällen, welche nach 36 bezw. 58 Stunden letal verliefen, war ausgesprochene Fettgewebsnekrose aufgetreten.

Als Ursache für die hämorrhagischen Entzündungen werden Fettleibigkeit, Alkoholismus, Gallensteinleiden, Magen- und Darmentzündungen, Traumen und Arteriosklerose genannt. Die Symptome sind bei den akuten Fällen so charakteristisch, dass eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose zu stellen meist in dem Bereiche der Möglichkeit liegt. Die Erkrankung tritt gewöhnlich bei Männern im Alter von 40 bis 60 Jahren auf, ganz plötzlich mit sehr vehementen Schmerzen im Epigastrium, heftigem Aufstoßen, massenhaftem galligen Erbrechen, Stuhlverstopfung, Auftreibung des Leibes, besonders in der Oberbauchgegend.

Hier starker Druckschmerz, mit nach dem Drucke erfolgendem Singultus. Collapsartiger Zustand, Gesicht und Extremitäten kalt, mit kaltem Schweiß bedeckt. Gesicht cyanotisch. Temperatur niedrig, meist unter normal; Puls sehr frequent und klein bis 150. Tod in fast allen schweren Fällen in den ersten 4 bis 5 Tagen. Die von H. behandelten bezw. operirten Fälle sind:

1) 56 Jahre alter, fettleibiger Mann. Diagnose: Duodenalverschluss durch Gallensteine. Laparotomie am 28. November 1897. Kein Hindernis gefunden. Exitus letalis 10 Stunden nach der Operation. Sektionsergebnis: Pankreas- und ausgedehnte Fettgewebsnekrose.

2) 56 Jahre alter, fettleibiger Mann, Weintrinker. Diagnose schwankt zwischen Pankreasnekrose und Duodenalverschluss. Am 10. März 1898, am 4. Tage der Erkrankung, ausgedehnte Laparotomie. 11. März 1898 Tod. Sektionsergebnis: Hämorrhagische Pankreatitis und Fettgewebsnekrose.

3) 49 Jahre alter, gut genährter Gärtnereibesitzer. Symptome dieselben, ganz besonders schwer. Puls sehr klein, kaum zu fühlen und sehr frequent. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Pankreasnekrose; nicht ausgeschlossen Duodenalverschluss oder Perforationsperitonitis. Am 1. Mai 1900 kleine Incision, wenig eingreifende Operation, wodurch deutlich die Fettgewebsnekrose erkannt werden kann. Von jedem weiteren Eingriffe wird daher Abstand genommen. Jodoformgazedrainage und Naht der Wunde. Sofort nach der Operation, durch welche eine größere Menge sanguinolenter Flüssigkeit entleert wurde, sowohl im subjektiven als auch objektiven Befinden erhebliche Besserung, die schnell zu Heilung führt.

4) 48 Jahre alter Lehrer. Erkrankung am 14. Juli 1900 nicht mit so schweren Erscheinungen als bei den zuletzt genannten 3 Kranken, da der Puls nicht so frequent und Stuhlentleerung zu erzielen war; dennoch am 4. Tage plötzlich Exitus letalis.

5) 24 Jahre alter Musiklehrer. Schussverletzung durch Leber und Pankreas am 27. Januar 1899. Laparotomie eine Stunde nach der Verletzung. Entfernung von ca. 1 Liter Blut aus der Bauchhöhle. Jodoformdrainage sämmtlicher Schussöffnungen. Stuhl. Temperatur nicht über 38,2. Heilung.

Bei Betrachtung des Verlaufes dieser Fälle muss der glatte Verlauf des letzten Falles auffallen, bei welchem neben der Pankreasverletzung ein enorm starker Blutverlust stattgefunden hatte, im Vergleich mit den beiden ersten und dem 4. Falle, die zum Tode führten, obwohl sie nicht von einem nennenswerthen Blutverluste begleitet waren. Es muss demnach bei diesen Fällen eine andere Ursache für den

schweren Verlauf vorhanden gewesen sein, wahrscheinlich etwas Infektiöses, da die Kranken den Eindruck einer schweren Infektion bezw. Intoxikation machten.

Im 3. Falle gelang es, durch eine Incision und Entleerung der in der Bauchhöhle befindlichen blutigen Flüssigkeit eine sofortige Besserung zu erzielen.

H. räth daher dringend von der jetzt allgemein geübten und empfohlenen symptomatischen und abwartenden Behandlung ab und empfiehlt bei Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf hämorrhagische Pankreatitis, welche sich immer wird leicht stellen lassen, eine kleine Incision in der Mittellinie unterhalb des Nabels zu machen, bei Feststellung von Fettgewebsnekrose von jedem weiteren operativen Eingriff Abstand zu nehmen, das vorhandene blutige Sekret zu entfernen. Jede eingreifende Operation ist bei so hochgradig kollabirten Kranken zu verwerfen. Eine Verwechslung wird bei den sehr charakteristischen Symptomen in den meisten Fällen nur mit einem Obturationsileus mit hochsitzendem Hindernis gemacht werden können. Wenn keine Fettgewebsnekrose vorhanden ist, dann wird es sich bei den in diesem elenden Zustande befindlichen Kranken auch bei einem Ileus empfehlen, durch die kleine Incision allmählich den Dünndarm vorzuziehen und abtastend abzusuchen.

Nimier hat im Jahre 1893 empfohlen, bei Hämorrhagien des Pankreas die Laparotomie zu machen, das Lig. gastro-hepaticum zu durchtrennen, auf das Pankreas vorzudringen und durch Anwendung des Paquelin oder Jodoformdrainage die Blutung zu stillen. Diese Operation ist ebenfalls als eine zu eingreifende nicht zu empfehlen, besonders da die Gefahr nicht bedingt wird durch die Größe der Blutung.

Diskussion: Herr Zeller hat einen Pat., bei dem er die Diagnose mit größter Wahrscheinlichkeit auf akute hämorrhagische Pankreatitis gestellt hatte, der Abtheilung des Herrn Geh.-Rath Sonnenburg überwiesen. Pat. ist unter exspektativer Behandlung geheilt.

Ein kräftiger fettleibiger, sonst gesunder Mann in den dreißiger Jahren hatte 6 Wochen vor der Erkrankung einen Anfall von starken Schmerzen im Epigastrium, Magenbeschwerden und Stuhlverstopfung durchgemacht, der bald vorüberging. Jetzt ganz plötzlich erkrankt, heftige Schmerzen, die nach links ausstrahlen, im Epigastrium, hartnäckige Stuhlverstopfung, die weder durch Eingießungen noch durch innere Abführmittel, selbst Krotonöl, zu beseitigen war. Schweres Krankheitsgefühl, große Unruhe, kein Fieber, Leib mäßig aufgetrieben, stark gespannt. Auffallend eine deutlich sichtbare Vorwölbung in der Magengegend, oberhalb welcher die Pulsation außerordentlich schmerzhaft ist. Links unterhalb des Rippenbogens handbreit ist der Perkussionsschall abgeschwächt. — Keine Darmgeräusche, keine Peristaltik. Collaps. Kalter Schweiß. Puls sehr klein. Übelkeit, Aufstoßen, zuweilen Erbrechen. — Der Befund erinnert lebhaft an den von Sarfert veröffentlichten Fall. — Im Urin kein Eiweiß, kein Zucker. Unter Behandlung mit Magenausspülungen, Darmeingießungen etc. allmähliche Besserung. Am 7. Tage erfolgte auf Rhabarber Stuhl. Die Dämpfung im linken Hypochondrium wurde deutlicher, hier blieb auch noch längere Zeit starke Schmerzhaftigkeit bestehen, die dann allmählich nachließ. Doch war 5 Monate nach der Erkrankung die Dämpfung noch nachweisbar, die Palpation im Bereiche derselben noch schmerzhaft, im Übrigen aber das Befinden des Pat. sehr gut.

Herr Brentano berichtet über einen Fall, in dem es sich um eine Blutung in und um das Pankreas gehandelt haben dürfte, der aber ohne Operation zur Heilung kam.

46jähriger Mann mit starkem Panniculus, seit einer Reihe von Jahren magenleidend, erkrankt ganz akut 2 Tage vor seiner Aufnahme ins Krankenhaus Am Urban unter Stuhlverstopfung mit Erbrechen und Leibschmerzen.

Status: Starke Auftreibung des Leibes, besonders der Oberbauchgegend. Druckempfindlichkeit und undeutlich quer verlaufende Resistenz in der Tiefe daselbst nachweisbar. Leichte Schallabschwächung über der 3.—4. unteren linken Rippe, zwischen vorderer und hinterer Axillarlinie. Pat. sieht anämisch aus, kein

Fieber. Puls 108. Kein Zucker im Urin. Die Diagnose schwankt Anfangs zwischen akutem Ileus und Pankreaserkrankung.

Am Tage nach der Aufnahme erfolgt auf wiederholte Eingießungen Stuhlgang, und die Dämpfung und Resistenz wird deutlicher. Letztere erweist sich beim Aufblähen des Magens und Darmes als hinter diesen Organen gelegen. Die Probepunktion im Bereiche der Dämpfung ergiebt eine an Himbeerwasser in der Farbe erinnernde Flüssigkeit, die keine Bakterien und außer rothen Blutkörperchen keine morphologischen Elemente enthält. Behandlung rein exspektativ. 4 Wochen nach seiner Aufnahme verließ Pat. als geheilt, aber stark abgemagert, das Krankenhaus. Resistenz und Dämpfung waren verschwunden.

Vortr. glaubt mit Rücksicht auf den akuten Anfang, die Symptome und das Resultat der Probepunktion, dass eine Blutung in und um das Pankreas bei seinem Pat. vorgelegen hat, und dass sich der Bluterguss resorbirte, ehe er inficirt wurde.

Herr Körte hält die Ableitung des Exsudates durch einen kleinen Eingriff für sehr gut, falls der Process im Pankreas auf einem gewissen Grade stehen bleibt. Halstead ist ähnlich verfahren, macht einen kleinen Einschnitt; nach Feststellung einer Hämorrhagie des Pankreas näht er den Bauch wieder zu.

In einem Falle, Schuss am Colon vorbei, mit Zerreißung einer Dünndarmschlinge, bei dem K. eine Darmresektion vorgenommen, fand sich bei der Sektion eine Pankreasverletzung mit Fettnekrosen. In einem anderen Falle, Perforation des Duodenum, dicht an der Papille, hatte der Ausfluss von Pankreassekret Fettnekrosen bewirkt.

Herr Hermes hat 2mal in der Annahme einer akuten Pankreatitis operirt, er fand aber 1mal Appendicitis resp. Ulcus ventriculi mit Peritonitis, das andere Mal Lipom der Mittellinie mit Darmeinklemmung. Beide Fälle verliefen letal.

Herr Hahn hält das Übergehen in ein chronisches Stadium für möglich, glaubt aber doch, dass durch den kleinen Eingriff Zeit gewonnen wird.

Jedenfalls hat er den einen für moribund anzusehenden Pat. dadurch gerettet.

3) Herr Sörensen: Über stenosirende Dünndarmtuberkulose.

Bericht über 3 Fälle von Dünndarmstenose tuberkulösen Ursprungs aus der Privatpraxis von Herrn E. Hahn. In einem Falle handelte es sich um einen 54jährigen Mann, bei dem eine solitäre ringförmige Stenose des unteren Dünndarmes akuten Ileus verursachte, nachdem 4 Jahre lang die Erscheinungen inkompleter Obstruktion vorangegangen waren. Der 2. Fall betraf eine 25jährige Frau, die Tochter des vorigen Kranken, die seit 4 Monaten an chronischem Ileus litt. Man fand bei ihr außer einem typischen tuberkulösen Ileocoecaltumor ringförmige Stenosen des Ileum. Der 3. Kranke war ein 30jähriger Mann, bei welchem ebenfalls ein Ileocoecaltumor und 10 in der Entstehung begriffene Dünndarmstenosen gefunden wurden. In allen 3 Fällen wurde zur Ausschaltung der erkrankten Darmpartie eine Enteroanastomose angelegt. Auf Resektion des Darmes im Gesunden wurde verzichtet, in Fall I wegen des akuten Ileus, in Fall II und III wegen sehr großer Ausdehnung des erkrankten Gebietes und schlechten Kräftezustandes des Pat. Die Resultate waren gut. Fall I ist seit 8 Jahren, Fall II seit 12 Monaten völlig gesund. Bei Fall III ist seit der Operation noch zu kurze Zeit verstrichen, um entscheiden zu können, ob durch den Eingriff dauernde Heilung erzielt worden ist.

4) Herr Neumann: Zur operativen Behandlung der Dilatatio ventriculi bei Pylorospasmus und Hyperacidität.

N. kritisirt die bisher geübte operative Behandlung der Magendilatation bei funktioneller Pylorusstenose und bestehender Hyperacidität. Er widerräth — wenn überhaupt eine operative Therapie nicht zu umgehen ist — die Gastroenterostomie als erste in Frage kommende Operation, weil nach dieser Operation durch das weitere Durchpassiren der Speisen durch den Magen die Schleimhaut desselben immer wieder zu abnorm starker Absonderung von Salzsäure angeregt wird und diese Salzsäure an der der Gastroenterostomose gegenüberliegenden Wand des Jejunum leicht zur Bildung eines Ulcus pepticum Anlass geben kann. Als ein sehr



interessantes Beispiel eines solchen Falles führt er die Krankengeschichte eines von Hahn operirten Pat. an. Ein 24jähriger Arbeiter bietet seit 6 Jahren die Symptome einer hochgradigen Magendilatation mit großen, abnorm viel freie Salzsäure enthaltenden Rückständen und einer Pylorusstenose, die Anfangs als eine organische aufgefasst wurde, im weiteren Verlaufe, weil sie von selbst zurückging, als eine funktionelle sich erwies. Da jede innere Therapie versagte, wird am 29. März 1897 die Gastroenterostomie nach Wölfler, wegen Circuluserscheinung und bleibender Hyperacidität am 10. Mai 1897 die Enteroanastomie ausgeführt. Darauf ein halbes Jahr keine Beschwerden, dann von Neuem Übelkeit, Aufstoßen, selten Erbrechen und Schmerzattacken, die von der Nabelgegend ausgingen; daselbst April 1898 kleinapfelgroßer, höckriger Tumor. Am 2. Mai 1898 Spaltung des fibrösen Tumors, Eröffnung einer in den Magen führenden Fistel, Heilung der Fistel durch Auskratzung und Tamponade. Herbst 1899 wieder intensivere Schmerzen an der Operationsstelle, am 28. November 1899 zweite Laparotomie, Jejunum mit der vorderen Bauchwand verwachsen, in den fibrösen Verwachsungen ein Geschwür des Jejunum und der vorderen Bauchwand. Excision des Geschwürs sammt den fibrösen Massen. Dabei breite Eröffnung des Jejunum, Vernähung des Jejunum, Sicherung der Naht durch darüber genähtes Netz. Pat. am 12. Januar 1900 geheilt entlassen. Am 29. Juli in der Bauchdeckennarbe spontane, geschwürige Perforation, die schnell markstückgroß wird und alle Nahrung nach außen fließen lässt. Am 6. August Verschluss der Fistel durch einen gestielten Hautfettlappen aus der rechten Bauchwand. Am 22. August Lappen verdaut, dritte Laparotomie. Nochmalige Lösung und Entfernung aller neugebildeten Verwachsungen. Dabei muss ein Stück vorderen Leberrandes excidirt werden, und der Magen erhält ein 3markstückgroßes Loch, an dessen unterem Rande die in einer Entfernung von 5 cm auf 1 cm Breite reducirte Verbindungsbrücke der beiden Jejunumschenkel hängt. Resektion dieser Verbindungsbrücke nach Lösung des Jejunum von dem Magen. Isolirter Verschluss der Magenwunde für sich und eben so jedes der beiden Jejunumlumina. Am 12. November 1900 vollkommen subjektives Wohlbefinden des Pat. Objektiv nur eine mäßige Hyperacidität, sonst nichts Abnormes. 12 Pfund Gewichtszunahme.

Auf Grund der vorgeführten Krankengeschichte und in Rücksicht auf die anderen bisher publicirten Fälle von Ulcus pepticum nach Gastroenterostomie kommt N. zu folgendem Schlusse: Bei der Magendilatation wegen Pylorospasmus und mit Hyperacidität empfiehlt es sich, wenn jede innere Therapie versagt, die Jejunostomie auszuführen als diejenige Operation, bei welcher der Magen eine Zeit lang vollkommen aus dem Verdauungsgeschäft ausgeschlossen wird. Die Jejunostomie ist hier die rationellere und einfachere Operation, und sie hindert nicht, dass, wenn nöthig, sekundär unter günstigeren Verhältnissen die Gastroenterostomie hinzugefügt wird.

Diskussion: Herr Alberti machte folgende Beobachtung: Ein 52jähriger Sattler leidet seit 1894 an Magenbeschwerden, die seit 1897 noch zunahmen; starke Hyperacidität (über 2%). Diagnose: Pylorusstenose.

Bei der Operation fand sich ein ringförmiger Tumor des Pylorus, Serosa intakt. A. glaubte radikal vorgehen zu müssen; als er aber das Omentum abgelöst hatte, war der Tumor plötzlich verschwunden, daher Operation nach Heineke-Mikulicz. Seit derselben Verschwinden der Beschwerden, die also wohl nur durch bloßen Spasmus bedingt waren.

Herr Körte: Ein von ihm operirter und geheilter Fall von Ulcus pepticum zeigte nicht Pylorospasmus, sondern war unter dem Verdachte eines Pyloruscarcinoms operirt; er würde wegen Pylorospasmus nicht die Gastroenterostomose machen.

5) Herr Seefisch: Bericht über einige Fälle von Pankreascyste.

Die 4 Fälle, über welche S. ausführlich berichtet, wurden innerhalb der letzten 10 Jahre im Krankenhause Am Friedrichshain beobachtet.

Die Cyste war in dem 1. Falle als mannskopfgroße, prallelastische, deutlich fluktuirende Geschwulst sichtbar. Im Harn viel Eiweiß, kein Zucker. — Bei der

Operation wurde nach Durchtrennung des Omentum minus eine grüngelbe, alkalische, starke eiweißhaltige Flüssigkeit entleert, die Cystenwand in die Bauchwunde eingenäht. Heilung.

Im 2. Falle war durch die Cyste der Leib aufgetrieben wie bei einer Schwangeren im 6. Monate, die Geschwulst genau medial gelagert, nicht ins kleine Becken hineinragend. — Laparotomie. Entleerung der Cyste mittels Trokar, Einnähung der Öffnung. Drainage.

In dem 3. Falle (40jähriger Mann) erfolgte Spontanheilung, resp. Perforation in den Darm. Die deutlich fühlbar gewesene kindskopfgroße Geschwulst verschwand nach einem scharfen Risse plötzlich unter den Erscheinungen von Diarrhöe und dem Gefühl einer kolossalen Erleichterung.

Der letzte Fall (12jähriger Knabe) konnte auf ein Trauma, Überfahrung durch einen Lastwagen, während der Pat. auf dem Bauche lag, zurückgeführt werden. 3 Wochen nach der Verletzung wurde ein Hämarthros durch Punktion entleert, nach weiteren 3 Wochen allnächtliches Auftreten einer Vorwölbung im Epigastrium, deutliche Resistenz, Plätschergeräusch. Die Diagnose wurde auf Pankreascyste traumatischen Ursprungs, d. h. Pseudocyste des Pankreas gestellt. Bei der Operation fanden sich Magen und Omentum minus vor dem Tumor gelagert; Probepunktion durch das Omentum minus hindurch ergab wasserklare Flüssigkeit. Da die Eröffnung der Cyste von hinten, der Regio lumbalis aus, leichter ausführbar erschien, wurde der Pat. zur Seite gelagert; plötzlich perforirte die Geschwulst unter einem dumpfen Knall. Pat. wird wieder auf den Rücken gelegt, die Cyste nunmehr von vorn eröffnet, Einnähung der Cystenwand, die aus 2 dünnen Blättern besteht, in die Bauchwunde, Drainage.

Die Cystenflüssigkeit (untersucht von Hansemann und Zuntz) enthält: Leucin- und Thyrosinkrystalle, vereinzelte rothe Blutkörperchen und Leukocyten, vereinzelte große Zellen mit großem Kern, massenhafte, meist etwas abgerundete glänzende, schwach gelblich gefärbte Tafeln (abgestorbene Peritonealepithelien). Durch Verdauungsversuche wurden alle drei Fermente festgestellt, nämlich: ein peptisches, diastatisches und fettspaltendes.

Gemeinsam ist allen 4 Fällen, dass bei keinem Ausfallserscheinungen von Seiten des Pankreas (Fettstühle, Diabetes) beobachtet wurden. Das verhältnismäßig häufig auftretende Eiweiß im Urin ist wohl als Stauungseiweiß anzusprechen in Folge Druckes der Cysten auf die Nierengefäße. Nach Beseitigung der Cyste verschwindet das Eiweiß meist sehr schnell aus dem Urin.

6) Herr Hahn: Demonstration zweier Präparate von Ulcus duodeni.

H. erwähnt, dass beide Kranken, von denen die Präparate herrühren, nur 24 Stunden in der chirurgischen Station des Krankenhauses Friedrichshain sich befunden und zu chirurgischen Eingriffen keine Indikation geboten haben.

Der eine betrifft eine 28 Jahre alte Frau, welche bis vor 14 Tagen stets gesund gewesen ist und erst vor 14 Tagen mit heftigen Schmerzen in der Magengegend erkrankte, welche nach beiden Seiten des Leibes ausstrahlten. Seit ca. 3 Tagen Blutbrechen, welches in der letzten Nacht so profus wurde, dass Pat. in derselben Nacht unter den Erscheinungen hochgradiger Anämie starb. Die Sektion (Prof. Hansemann) ergab im Magen ein großes Blutcoagulum. Auch die Dünndarmschlingen sind mit Blut reichlich angefüllt. Ungefähr 22 cm unterhalb des Pylorus im Duodenum ein Geschwür, aus dem sich fetzige nekrotische Massen hervorstülpen. In diesem Geschwüre sitzt ein borstenartiger, 3,5 cm langer Holzspahn mit spitzen Enden, so dass nur $^1/_2$ cm von demselben in das Duodenum hineinragt. Die Umgebung des Geschwürs ist infiltrirt bis auf die Aorta. Diese ist perforirt in Ausdehnung bis über Linsengröße. Die Perforationsstelle liegt über der Theilungsstelle der Aorta in die Artt. iliacae.

Das zweite Präparat stammt von einem 2 Tage alten Kinde, dessen Eltern und Geschwister gesund sind. Wegen Abganges von erst geringeren, dann größeren Mengen Blutes aus dem Mastdarme wird das Kind hierher gebracht.

Kräftiges, gut ausgetragenes Kind von sehr blasser Hautfarbe. Es tritt wiederholt Blutabgang per rectum ein. Die Quelle der Blutung wird nicht gefunden. Unter zunehmender Schwäche am folgenden Tage nach der Aufnahme Exitus letalis.

Bei der Sektion werden 2 Geschwüre unterhalb des Pylorus, ein ringförmiges und ein ovales gefunden; an ersterem ragt an einer Seite ein Gefäßstumpf weit in das Lumen des Darmes.

Die Därme sind mit Blut angefüllt. Die anderen Organe ohne Besonderheiten. Anzeichen von Syphilis sind nicht vorhanden. **Sarfert** (Berlin).

---

17) **R. M. Stone.** A death from the Schleich mixture.

(New York med. record 1900. August 11.)

Ein Todesfall durch Herzparalyse bei einer 23jährigen Frau von anscheinend guter Gesundheit während der Appendektomie, trotz vorsichtiger Anästhesirung durch einen Berufsnarkotiseur, mag hier registrirt werden. Bei 441 Anwendungen mit 13mal schweren Symptomen und diesem 1. Todesfalle hält S. aufrecht, dass die auch hier angewendete Schleich'sche Mischung eine ruhigere Narkose gestatte, welche freier von Erbrechen und Übelkeit (auch später) sei und von größerer Sicherheit bleibe, als Äther und Chloroform. **Loewenhardt** (Breslau).

18) **K. Neck.** Über Stauungsblutungen nach Rumpfkompression.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 163.)

N. bringt 2 neue einschlägige Beobachtungen (aus dem Krankenhause Bergmannstrost in Halle und dem Spitale in Chemnitz), die sich durch bislang in Folge der fraglichen Verletzung noch nicht zur Notiz gelangte Erscheinungen auszeichnen. Fall 1 zeigte nämlich als Grund der vorhandenen Sehstörungen am 5. Tage nach der Verletzung kleine frische Blutungen in der Macula und frische Glaskörperblutungen. Hierdurch war Herabsetzung der S auf $^4/_{12}$ und ein centrales Skotom bedingt. In den bislang publicirten Fällen sind zwar auch schon Sehstörungen publicirt, doch bisher nur bedingt durch extrabulbäre Blutungen und Blutstauungen. Fall 2 zeichnet sich durch ungewöhnlich weite Ausbreitung der Blutextravasate aus. Es war die eine Thoraxseite fast vollständig, die andere (linke) zur Hälfte charakteristisch blauroth verfärbt, während in den bisherigen Fällen die Brust frei geblieben war. Demnach können also alle Gebiete, welche das Blut nach der Cava superior liefern, von Stauungsblutungen befallen werden. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

19) **M. B. Schmidt** (Straßburg). Über seltene Spaltbildungen im Bereiche des mittleren Stirnfortsatzes.

(Virchow's Archiv Bd. CLXII. p. 340.)

Es wird in dieser Arbeit 1) eine kongenitale schleimhäutige Cyste der Nasenwurzel mit Doggennase; 2) eine wahre mediane Oberlippenspalte; 3) eine Arhinencephalie und 4) eine gliomatöse Geschwulst des Nasenrückens beschrieben. Die innere Zusammengehörigkeit dieser 4 Missbildungen ist dadurch bedingt, dass dieselben alle in das Bereich des mittleren Stirnfortsatzes fallen. **Fertig** (Göttingen).

20) **H. Zimmermann.** Ein Osteom des Sinus frontalis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 354.)

Der von Oberst (Halle) operirte Fall betrifft einen Kellner, der seine Krankheit auf vor ca. $2^3/_4$ Jahren erhaltene Ohrfeigen zurückführte. Nach ca. $1^1/_2$ Jahre »Kleinerwerden« des linken Auges, Sehverschlechterung mit Doppelbildern, Vorwölbung der linken Augenbrauengegend, seit den letzten Tagen auch entzündliches Ödem des oberen Augenlides. Schnitt in der Augenbraue, der schleimige, trübe Flüssigkeit entleert. Nach Abhebelung des Periostes zeigt sich die vordere Stirnhöhlenwand perforirt, auch neben der Perforation stark verdünnt, und erscheint in



der Höhle eine knöcherne, höckerige, von Schleimhaut überzogene Geschwulst. Abmeißelung der vorderen Sinuswand, wonach ein Raspatorium unter die Geschwulst geführt und unter ziemlicher Gewalt die kartoffelgroße Geschwulst herausgehebelt bezw. herausgebrochen wird. Die Nasen- und Augenhöhle sind medialerseits breit eröffnet, die stark erweiterte Stirnhöhle mit dicksulziger, ödematöser Schleimhaut ausgekleidet, welche sauber herausgeputzt wird. In der Tiefe innen und oben vom Foramen opticum doppeltlinsengroßer Schädelknochendefekt, mit Sichtbarkeit der Hirnpulsation und Abfluss von Hirnflüssigkeit. Naht, Drainage etc., glatte Heilung mit Beseitigung sämmtlicher Sehstörungen, obwohl das linke Auge etwas tiefer gestellt blieb. Die Geschwulst zeigt eine starke, kompakte Rindenschicht, welche einen in den Stiel der Geschwulst übergehenden Markcylinder umkleidet, so dass ihr Durchschnitt dem eines Röhrenknochens nicht unähnlich ist. Nirgends fanden sich knorplige Bestandtheile in derselben. Z. sieht dieselbe darum als ein Produkt appositionellen periosteogenen Wachsthums an. Da auch in den sonst beschriebenen Fällen derartiger Geschwülste nie knorplige Elemente gefunden wurden, hält Z. überhaupt die von Arnold vertretene Entstehung derselben aus ossificirenden Knorpelresten für unhaltbar und spricht sich für die Entstehung derselben durch periostale Knochenneubildung aus. Die traumatische Entstehung der Geschwulst (durch die Ohrfeigen) lässt Z. als zweifelhaft dahingestellt.

Photogramme des Pat. vor und nach der Operation, dessgleichen solche der Geschwulst sind beigegeben, die Autoren, die über das Leiden bisher geschrieben haben, angezogen (doch fehlt Angabe des Erscheinungsortes dieser Publikationen).

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

21) **A. Carle.** Contributo alla chirurgia della tiroide.
Turin, **Roux & Frassati,** 1899.

In seiner hochinteressanten Arbeit theilt Prof. C. die Resultate seiner Studien über die Schilddrüsenkrankheiten mit und fasst die Erfahrungen zusammen, die er bei deren chirurgischer Behandlung gesammelt hat.

Die Statistik, die er giebt, ist sicherlich die umfangreichste, die in Italien veröffentlicht wurde; denn sie umfasst 425 Operationen wegen Schilddrüsengeschwülsten, die von 1881 bis 1898 in der chirurgischen Abtheilung des Ospedale Mauriziano in Turin (gelegen am Ausgange von Alpenthälern, in denen der Kropf endemisch ist) ausgeführt wurden.

Die von ihm selbst ausgeführten Operationen belaufen sich auf 323, davon 298 wegen gutartigen und 27 wegen bösartigen Kropfes.

Nach einer kurzen Darlegung der Indikationen zur Operation, aus welcher hervorgeht, dass er hierbei die strengsten Kriterien befolgt, zählt C. die wichtigsten Besonderheiten auf, die sich auf die topographische Lage und die pathologisch-anatomischen Merkmale der von ihm operirten Fälle beziehen.

In 65 Fällen traf er die Kocher'sche Thyreoptosis an; in 15 Fällen war die Geschwulst hinter das Brustbein gesunken; in 7 handelte es sich um annuläre Kröpfe, in 2 saß der Kropf hinter der Speiseröhre, in 4 bestanden versprengte Kröpfe, nämlich ein accessorischer Intrathoracalkropf, eine Cyste in der Regio suprahyoidea lateralis, ein Kropf der Supraclaviculargrube und ein solcher an der Zungenwurzel.

Nach einigen Betrachtungen über die Einzelheiten seiner Technik fasst C. die Resultate seiner Operationen zusammen, von denen zahlreiche wegen sehr voluminöser Kröpfe vorgenommen wurden.

Die Resultate sind ausgezeichnete: C. hatte nur 6 Todesfälle auf 298 wegen gutartigen Kropfes ausgeführte Strumektomien (2%), die sich wie folgt vertheilen: 94 Enukleationen mit 1 Todesfall (1%), 109 methodisch ausgeführte Exstirpationen eines Lappens und partielle Resektionen mit 2 Todesfällen (1,86%), 89 kombinirte Operationen (Exstirpation eines Lappens und Resektion eines Theiles vom anderen) mit 3 Todesfällen (3,48%), 6 atrophisirende Ligaturen der Schilddrüse ohne Todesfall.

Verf. theilt sodann ausführlich die Geschichte der tödlich ausgegangenen Fälle, so wie die während und nach der Operation aufgetretenen Komplikationen mit; Heilung per primam intentionen erhielt er in 85% der Fälle.

Sehr interessant sind die Dauererfolge seiner Operationen, die er bei $^1/_3$ der Operirten durch Nachuntersuchung, einige nach 12—13 Jahren sicher stellen konnte.

Die Fälle, in denen wirkliches Recidiv auftrat, sind sehr selten: unter 228 Operationen hatte er nur in 5 Fällen eine zweite Operation vorzunehmen; dies waren alles günstige Fälle, da sich die Degeneration auf die ganze Drüse erstreckt hatte.

Erwähnenswerth sind die unmittelbaren und fernen Resultate, die C. in 6 Fällen mittels Ligatur der 4 Schilddrüsenarterien erhielt; in einem dieser Fälle bestand Basedow'sche Krankheit. Diese Resultate beweisen die Vortrefflichkeit der Methode, die sich bei diffusen Hypertrophien und vascularisirten oder rasch wachsenden Kröpfen bei jungen Individuen anwenden lässt.

Außer dem mittels Ligatur der Schilddrüse behandelten Falle operirte C. noch 4 weitere Fälle von Basedow'scher Krankheit. Alle Operirten, mit Ausnahme eines, erfuhren durch die Operation eine bedeutende Besserung.

Ferner berichtet C. über 15 Fälle von eitriger Thyreoiditis und 2 typische Fälle der von Riedel beschriebenen chronischen Thyreoiditisform.

Im zweiten Theile seiner Arbeit handelt C. von den bösartigen Kröpfen: er operirte 19 Carcinome und 8 Sarkome, außerdem nahm er in 3 Fällen nur die Tracheotomie vor. 8mal exstirpirte er die ganze Drüse, mit 3 Misserfolgen und 2 seit $1^1/_2$ resp. 2 Jahren anhaltenden Heilungen; in 2 Fällen trat nach 3—6 Monaten Recidiv auf; nur 1 Fall zeigt Erscheinungen von Kachexia strumipriva.

Von den 19 mit partieller Operation behandelten Pat. starben 5 in den ersten Tagen nach der Operation, bei 7 trat nach 3—18 Monaten Recidiv auf, und 5, die vor 1—2—5 Jahren operirt wurden, sind noch am Leben. Von diesen letzteren sind 2 Fälle ganz besonders interessant, indem die beiden Operirten als definitiv geheilt betrachtet werden können.

Die Arbeit schließt mit 3 sehr interessanten Fällen von Schilddrüsenmetastasen, deren klinische und pathologisch-anatomische Merkmale eingehend beschrieben sind. C. erörtert die zur Erklärung der Metastasen aufgestellten Theorien und nähert sich der Anschauung, dass diese Metastasen bildenden Schilddrüsengeschwülste, trotz der Adenomstruktur, echte Carcinome seien.

Wegen ihrer Reichhaltigkeit an neuen pathologisch-anatomischen und klinischen Beobachtungen ist die C.'sche Monographie als ein sehr werthvoller Beitrag zur Therapie der Schilddrüsenkrankheiten anzusehen und verdient gelesen zu werden. **Galeazzi** (Turin).

22) **E. Payr.** Über blutige Reposition von pathologischen und veralteten traumatischen Luxationen des Hüftgelenkes bei Erwachsenen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 14.)

Die bisherigen Erfahrungen über blutige Reposition irreponibler Hüftverrenkungen sind noch gering, an Erwachsenen fehlte es bis jetzt überhaupt an Operationen, so dass die in vorliegender Arbeit gelieferte Berichterstattung über 3 in der Grazer Klinik behandelte Fälle von Interesse ist. Fall 1 und 3 betreffen postrheumatische iliacale Spontanluxationen bei einem 18jährigen Tagelöhner und einer 20jährigen Magd, Fall 2 eine mit Fraktur der Pfanne kombinirte traumatische Verrenkung bei einem 29jährigen Arbeiter. In Fall 1 und 3 veranlasste die durch die Verrenkung und Stellungsänderung des Beines (Adduktion, Flexion) verursachte hochgradige Verkürzung die Operation. Durch letztere ist bei dem einstweilen schon als geheilt und sehr gut arbeitsfähig entlassenen Pat. die Gesammtbeinverkürzung von früher 9 cm jetzt auf ca. 3 cm herabgedrückt. Ein Mangel ist aber, dass das Bein in adducirter Stellung ankylosirt ist, wesshalb die Vornahme einer diese korrigirenden Osteotomie noch vorbehalten bleibt. In Fall 3 gelang zwar auch die operative Redressirung der Verrenkung, doch ist in diesem Falle, der übrigens durch Wundinfektion gestört ist, die Heilung noch nicht voll-

endet. Die traumatische Verrenkung in Fall 2, neben der noch andere hier nicht interessirende Verletzungen vorlagen, war vor 21 Tagen erworben. Das Bein stand adducirt und war verkürzt, aber weder ein- noch auswärts rotirt. Der Schenkelkopf war bis in die Pfannengegend reponibel, schlüpfte aber wieder in Luxationsstellung, so dass, zumal am Darmbeine ungewöhnliche Körper (Knochenfragmente?) tastbar waren, auf eine atypische Verletzung geschlossen und zur Operation geschritten wurde. Bei dieser wurde dann die Zertrümmerung des oberen Pfannentheiles in 3 Fragmente konstatirt, von denen 2 unter sich und mit dem Reste der Pfanne durch Silberdrahtnähte vereinigt wurden. Dann Reposition. Gute Heilung mit nicht ganz 1 cm Verkürzung und leidlicher Beweglichkeit. (Beugung bis 80°, Ab- und Adduktion ca. 25—30°, Rotationen 20°.)

In allen 3 Fällen wurde der Kocher'sche Resektionsschnitt benutzt. Der transversale Theil desselben schont am besten die Glutäalmuskulatur, während sein vertikaler nach genügender Entblößung des oberen Schenkelendes die Pfanne gut zugänglich macht, worauf viel ankommt. Denn die längere Zeit vom Kopfe verlassene Pfanne füllt sich stets mit massigen, derben, knorpelähnlichen Schwarten, die ausgeräumt werden müssen. Hierzu sind derbe Instrumente, selbst Meißel erforderlich. Nicht leicht ist bei den erforderlichen tiefen, großen Operationswunden und ihrer Lage an schlecht völlig sauber zu haltender Körpergegend die Durchführung der Asepsis. Am meisten wird sich drainirende Gazetamponade nach v. Mikulicz mit nur theilweiser Wundnaht empfehlen. Im Ganzen scheint die permanente Extension den Vorzug zu verdienen, da sie die bei reichlicherer Wundsekretion häufiger nöthigen Verbände bequem macht und gestattet, die richtige Lage der Extremität jeder Zeit zu kontrolliren. Nach vollendeter Wundheilung wird man unter günstigen Bedingungen für Mobilmachung des Gelenkes zu sorgen haben, häufig aber wird man sich mit Heilung in Ankylose, aber in verbesserter Stellung begnügen müssen.

Die einschlägige Litteratur ist erschöpfend herangezogen. Hervorzuheben ist noch die gründliche Durchsprechung der anatomischen Veränderungen bei veralteten Luxationsfällen, Nearthrosenbildung, Osteophytenwucherung etc.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

23) **M. Katzenstein.** Über Fremdkörper in Gelenken, nebst einer Bemerkung zur Asepsis der Operationen und der Behandlung der Meniscusablösung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 313.)

K. entfernte nach Arthrotomie ein Nähnadelstück aus dem Knie eines 6jährigen Mädchens. Das Kind war vor 2 Monaten aufs Knie gefallen, wobei eine kleine blutende Stelle mit Pflaster verklebt war. Es folgte ein hartnäckiges Synovialexsudat mit Beweglichkeitseinschränkung und öfteren blitzartig auftretenden heftigen Schmerzen. Der Verdacht auf einen eingedrungenen Fremdkörper wurde durch die Skiaskopie, welche in der Kniekehlengegend ein Nadelstück zeigte, bestätigt. K. versuchte zunächst nach einer einfachen Bloßlegung der Kniegelenkkapsel ohne deren Eröffnung mittels gebogener Seitenschnitte durch Haut, Fascie und Seitenbänder durch Palpation die Nadel aufzufinden, was aber misslang. Vielmehr musste das Gelenk quer aufgeschnitten und aufgeklappt werden. Jetzt fühlt man mit einer Sonde, die zwischen dem lateralen Rande des Condylus med. fem. und dem Lig. cruciat. post. in den hinteren medialen Recessus eingeführt war, die Nadel. Die Extraktion derselben war erst nach völliger Durchtrennung des Lig. accessorium med. dicht am Knochen möglich. Versenkte Kapselnaht etc., glatte Heilung mit völliger Beweglichkeit.

In der Besprechung des Falles zählt K. die wenigen sonst publicirten Fälle von Gelenkfremdkörpern auf. (Ein neuer findet sich in Hartmann's Arbeit: »Behandlung der akut primär synovialen Eiterungen der großen Gelenke«. Dorn in der Bursa subcruralis genu.) Er stimmt König in seiner Forderung bei, beim Aufschneiden großer Gelenke zur Sicherung der Asepsis thunlichst ausschließlich

mit Instrumenten, nicht mit den Händen zu arbeiten. Auch ist noch zu bemerken, dass K. bei seiner Operation eine abnorme Loslösung des medialen Semilunarknorpels von der Tibia vorfand und Anlass nahm, denselben durch Nähte an das mediale Seitenband und die Gelenkkapsel zu befestigen. Er glaubt, dass dies Verfahren öfter eine Exstirpation des Meniscus ersetzen kann.

Der Arbeit sind die betreffenden Knieradiogramme und ein Bild des geheilten Kindes beigegeben. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

24) **Franz.** Beitrag zur Frage der freien Gelenkkörper.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 383.)

F. entfernte aus dem Kniegelenke eines Soldaten einen Gelenkkörper, der zweifellos traumatischen Ursprunges war. Pat. hatte beim Bajonettiren einen Stoß vor die Brust erhalten, wonach er mit dem rechten Knie nach innen umknickte und auf den Rücken fiel. Starker Hämarthros, nach dessen Abschwellung an der Außenseite der Gelenkkörper fühlbar und hier auch ausgeschnitten wurde. Es war ein etwa 2 cm langes und breites Knorpelstück, an einer Seite mit einem umgebogenen Rande und innenseits etwas Knochensubstanz zeigend. Der Form nach schien es von einem Femurcondylus zu stammen. Der Fall beweist die Möglichkeit einer relativ schweren Zerstörung der Gelenkoberfläche durch ein leichtes indirektes Trauma. Histologisch verhielt sich der Fremdkörper normal. (Osteochondritis dissecans also ausgeschlossen.) **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

25) **Wegner.** Erweiterung unserer Kenntnisse über Patellarfrakturen ohne Diastase durch das Röntgenbild.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 157.)

W. veröffentlicht aus der Berliner Charité Krankengeschichte und Röntgenbild von 3 Fällen, in denen feine partielle Rissspalten der Kniescheibe durch Radiographie festgestellt wurden. Es waren also sog. »subligamentöse« unvollkommene Frakturen, von denen bekannt ist, dass die Streckfähigkeit des Knies bei ihnen erhalten bleibt. In 2 der hier publicirten Fälle konnten die Patt. sogar noch Treppen steigen. Ohne das Röntgenbild wäre die Verletzung kaum erkennbar gewesen; denn tasten ließ sich der Spalt im Knochen nicht. Der 3. Fall kam erst 4 Monate nach der Verletzung in die Klinik, wobei sich eine erhebliche Quadricepsatrophie herausstellte. Derselbe ist auch dadurch von Interesse, dass hier der Bruch indirekt durch Muskelzug entstanden war, ein Mechanismus, der sonst nur schwere Bruchformen mit weitem Klaffen der Fragmente zu bewirken pflegt. Sitz der Bruchstelle war, wie in der Regel bei Muskelrissbrüchen, die Übergangsstelle vom Kniescheibenkörper in die Spitze. Da bei ungenügender Schonung aus dem unvollkommenen Patellarbruche leicht ein vollkommener werden kann, liegt der Werth der Diagnose solcher Verletzungen auf der Hand.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

26) **J. Grzes.** Über die Erfolge der Unterbindung der Vena saphena nach Trendelenburg bei Varicen der unteren Extremitäten.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVIII. Hft. 2. p. 501.)

Die Unterbindung der V. saphena wurde seit 1896 in der v. Hacker'schen Klinik 26mal, und zwar stets nur bei positivem Trendelenburg'schen Versuche ausgeführt. In 2 Fällen traten blande Thrombosen der V. saphena ohne schwerere Störungen, 3mal Recidive ein; im Übrigen aber waren die Erfolge sowohl bezüglich des Rückganges der Varicen als auch begleitender Beingeschwüre durchaus günstig. Die Operation wird daher mit Recht empfohlen, und zwar insbesondere auch für die militärärztliche Praxis, da 3% der wegen unbehebbarer Invalidität aus dem Heere Ausgeschiedenen wegen Varicen entlassen werden.

Honsell (Tübingen).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 2. **Sonnabend, den 12. Januar.** **1901.**

I.

Die Behandlung der frischen Luxation der Peroneussehnen.

Von

Privatdocent Dr. **H. Reerink,**
I. Assistent der chirurgischen Klinik Freiburg i/Br.

Herr Oberleutnant S. glitt, als er während eines Übungsrittes sein Pferd besteigen wollte, der linke Fuß sich im Steigbügel befand und er sich mit dem rechten Fuße gerade vom Boden abgestoßen hatte, in dem glatten Steigbügel aus. Die ganze Körperlast ruhte hierbei für einen Moment auf dem im Steigbügel nach innen umgeknickten Fuße. Bei dem Versuche, sich doch noch im Steigbügel zu halten, erfolgte ein, auch für die Umstehenden hörbares, knallartiges Geräusch, und Herr S. verspürte zu gleicher Zeit im linken Fuße einen so intensiven Schmerz, dass er zu Boden sank. Auf sein Pferd gehoben konnte er langsam nach Hause reiten.

Der sofort herbeigerufene Stabsarzt Herr v. P. nahm folgenden Befund auf: Im Zunehmen begriffene erhebliche Schwellung der Fußgelenksgegend. Die Peroneussehnen sind als fester Strang vor und auf dem äußeren Knöchel zu fühlen. Der Knöchel selbst zeigt großen Druckschmerz. Der Fuß liegt in Spitzfußstellung, wobei die Fußspitze nach innen abweicht.

Bewegungen im Fußgelenke sind sehr schmerzhaft. Hebung der Fußspitze zur rechtwinkligen Stellung des Fußes schafft Erleichterung. (Der Fuß wurde zunächst auf Volkmann'sche Schiene gelagert und eine Eisblase aufgelegt.)

Ich sah den Kranken noch am Tage des Unfalls, hielt aber bei der starken Schwellung in der ganzen Umgebung des Malleolus ext. zunächst jeden Versuch, die Sehnen sofort zu reponiren, für aussichtslos und rieth, das Nachlassen der Schwellung abzuwarten.

6 Tage später suchte Herr S. die Klinik auf.

In No. 24 des Jahrganges 1895 dieses Blattes berichtet mein Chef, Herr Hofrath Kraske, über einen durch Operation geheilten Fall einer habituellen Luxation der Peroneussehnen; er bespricht dabei auch kurz den Entstehungsmodus der nach seiner Ansicht recht seltenen Verletzung. Die auf seine Veranlassung von L. Schneider vorgenommenen Leichenversuche zeigten, dass durch gewaltsame, die Fußgelenke distorquirende Bewegungen die Luxation nicht zu Stande gebracht werden konnte. »Die gewünschte Verletzung trat aber sofort ein, wenn der leicht supinirte und plantarflektirte Fuß durch einen plötzlichen Zug an den Peroneusmuskeln in die extendirte und abducirte Stellung hineingerissen wurde.«

Der von mir vorstehend beschriebene Fall ist für diesen Entstehungsmodus geradezu die Probe auf das Exempel. Der im Steigbügel nach innen umgeknickte, also supinirte und adducirte Fuß, auf dem in diesem Momente die ganze Körperlast ruht, soll unter dieser Belastung so zu sagen in einem Rucke wieder extendirt und abducirt werden. Dabei erfolgt ein auch für die Umstehenden hörbares Geräusch, und der Versuch, sich noch weiter im Steigbügel zu halten, muss wegen eines intensiven Schmerzes aufgegeben werden. Unmittelbar darauf wurde die Verschiebung der Peroneussehnen über und vor dem Malleolus ext. konstatirt.

Mit Kraske sind auch die anderen Autoren, namentlich König, darüber einig, dass »eine Verschiebung der Sehnen auf den äußeren Knöchel nicht zu Stande kommen kann, ohne dass der feste, die Fascie verstärkende Bandstreifen zerreißt, welcher als oberes Retinaculum die Sehnen in der hinteren Furche des Knöchels festhält«. König macht direkt die Größe der Dislokation von der Ausdehnung der Zerreißung der Fascie resp. der Retinacula abhängig. In wie weit gelegentlich eine individuelle Disposition zu der Luxation in Folge mangelhafter Ausbildung der Malleolarrinne vorhanden ist, mag hier nicht weiter erörtert werden.

Während somit über Ätiologie und Mechanismus der Luxation Einigkeit erzielt ist, lässt sich dasselbe von der Behandlung nicht sagen. Darin sind ja die Autoren einig, dass bei einer einmal habituellen Luxation nur noch ein operativer Eingriff Heilung herbei-

führen kann. Ein Ersatz für das zerstörte Retinaculum wurde durch Benutzung eines dem Malleolus ext. entnommenen Periostknochenlappens bewerkstelligt. Kraske schlug denselben »wie eine Binde beim Renversé« um und befestigte ihn, die äußere Periostfläche nach einwärts, mit seiner Spitze an das den Calcaneus bedeckende Gewebe. König bog ihn um und vernähte ihn mit seinem unteren Rande an der peronealen Sehnenscheide und dem Nachbargewebe.

Bei der Behandlung einer frischen Luxation liegen die Verhältnisse anders. Knaak (Die subkutanen Verletzungen der Muskeln; Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens, Heft 16) fixirt die Aufgabe der Behandlung dahin, »nach Beseitigung der ersten Entzündungserscheinungen (Hochlagerung, Massage, elastische Bindeneinwicklung) die dauernde Retention der Sehnen in ihrer normalen Lage herbeizuführen«. Er citirt aber König und Kraske falsch, wenn er sagt, dass beide nur von der operativen Behandlung einen wirklichen Erfolg erwarten. Kraske betont nur, dass bei veralteten Fällen der Versuch, durch fixirende Verbände noch Heilung zu erzielen, ganz aussichtslos ist. So leicht die frische Luxation zu diagnosticiren ist, so schwierig und unsicher ist allerdings seines Erachtens die Behandlung. In der Mehrzahl der Fälle wird nach seiner Ansicht desshalb die Luxation habituell. König nimmt im Gegentheil an, dass die Reposition meist leicht gelingt und »eben so das Festhalten der Sehne mittels eines Kompressivverbandes, welcher nach einigen Tagen durch einen feststellenden Kleister- resp. Gipsverband ersetzt werden kann«. Eine Durchsicht der Litteratur rechtfertigt diese Behauptung König's nicht ganz. Einen völlig einwandsfreien Fall von Heilung einer frischen Luxation habe ich nicht auffinden können. Entweder fehlt jede weitere Beobachtung nach zum Theil nur kurzer Behandlungsdauer (2 Fälle von Jarjavay, 1 Fall von Blanluet), oder es wurde noch nach Monaten das Weitertragen von Apparaten und Bandagen empfohlen (Curling, Beach). Auch Fälle wie die von Jarjavay und Gutierrez, in denen nur der Peroneus brevis luxirt gewesen und nach 14 Tagen durch fixirende Verbände Heilung erzielt worden sein soll, sind wohl mit Vorsicht aufzunehmen. Dabei fehlen Berichte über Untersuchungen, die längere Zeit nach Abschluss der Behandlung angestellt worden wären, völlig. Ich fand eine solche Angabe nur bei Miller (Über Sehnen- und Muskelluxationen. Inaug.-Diss., Straßburg 1892, betr. Pat. von Ledderhose), der seinen Kranken nach $1^1/_2$ Jahren wieder untersuchen und dauernde Heilung konstatiren konnte. Leider geht aus der Krankengeschichte nicht mit Sicherheit hervor, ob beide Sehnen luxirt gewesen sind, und ob eine vollständige Luxation vorgelegen hat. Der Pat. war einige Tage mit hydropathischen Verbänden und dann etwa 6 Wochen mit Gips resp. Wasserglasverband behandelt worden.

In dem oben von mir beschriebenen Falle haben wir versucht, die Fixation der Sehnen an ihrer normalen Stelle durch Anlegung eine Anzahl senkrecht zur

Längsrichtung der Sehnen verlaufenden Heftpflasterstreifen zu bewirken. Wir legten einen solchen etwa $1^1/_2$ cm breiten und 6—8 cm langen Streifen (von Unna-schem Zinkpflaster) in der Höhe des Retinaculum inf., einen zweiten direkt oberhalb des Malleolus ext. und einen weiteren noch etwa 2 cm höher an. Die Sehnen wurden dadurch so fest fixirt, dass auch durch stärkere Supinationsbewegungen des Fußes eine Änderung in ihrer Lage hinter dem Malleolus ext. nicht bewirkt wurde. Nach weiteren 4 Tagen wurde ein mäßig gepolsterter Gipsverband angelegt und Herr S. damit nach Hause entlassen. Hier ist der Gipsverband nach 14 Tagen entfernt und, als die dauernde Retention der Sehnen konstatirt wurde, erneuert und noch 3 Wochen getragen worden. Mit täglicher Massage während einiger Wochen schloss die Behandlung ab. Der Pat. hat während dieser Zeit seinen Fuß geschont und nur zuletzt allmählich wieder zum Gehen benutzt. Auf eine Anfrage hin war Herr S. so liebenswürdig, mir mitzutheilen, dass er sich am 1. Oktober des Jahres (also $^1/_4$ Jahr nach Eintritt der Verletzung) für den Dienst als Bezirksadjutant gesund gemeldet habe. »Beschwerden empfinde ich bei meiner jetzigen Thätigkeit nicht.« Anfang November konnte ich das dauernd gute Resultat konstatiren. Die Sehnen gleiten in normaler Weise in ihrer alten Lage wie am anderen Beine, weder aktive noch forcirte passive Bewegungen lassen ein abnormes Verhalten erkennen. Eine Atrophie der sehr kräftig entwickelten Muskulatur des Unterschenkels lässt sich nicht nachweisen.

Es ist wohl nicht zu bezweifeln, dass die durch die Zinkpflasterstreifen bewirkte exakte Fixation der Sehnen in ihrer Malleolarrinne wesentlich zu dem erzielten Resultate beigetragen hat. Dass auf eine solche sehr viel resp. Alles ankommt, ist a priori einleuchtend. König räth desshalb auch direkt, bei leicht wiederkehrender Verschiebung die Sehnen sammt dem umgebenden Gewebe, nachdem man sie unter antiseptischen Kautelen durch einen Schnitt bloßgelegt hat, vermittels Katgutnähte provisorisch in ihren Retinaculis zu fixiren.

Das Eine beweist unser Fall sicher, dass die anatomischen Verhältnisse für eine Wiederanheilung resp. -vereinigung der zerrissenen Fascie und auch des Retinaculums selbst günstig liegen können. Denn ohne eine solche ist die Wiederherstellung normaler Verhältnisse nicht denkbar. Es liegt kein Grund vor, daran zu zweifeln, dass die Verhältnisse in der großen Mehrzahl der Fälle die gleichen sind. Wir würden im Wiederholungsfalle vielleicht sogar davon absehen, über die Heftpflasterstreifen überhaupt noch einen Gipsverband anzulegen. Auf jeden Fall werden sie den von König vorgeschlagenen operativen Eingriff Behufs provisorischer Fixation der Sehnen unnöthig machen.

Der äußerst heftige circumscripte Druckschmerz am untersten Ende des Malleolus ext. hat uns noch veranlasst, am 8. Tage nach der Verletzung eine Röntgenaufnahme zu machen. Der Knochen erwies sich völlig intakt.

Der Mittheilung von Kraske sind seiner Zeit mehrere über die operative Behandlung der habituellen Sehnenluxation gefolgt (Staffel, Kramer, Riese).

Der Zweck dieser kurzen Mittheilung wäre erreicht, wenn sie gleichfalls zur Veröffentlichung ähnlicher Fälle anregen würde, um dadurch auch die Erfolge der nichtoperativen Behandlung frischer Luxationen der Peroneussehnen völlig klar zu stellen.

II.

Eine Vereinfachung der plastischen Achillotomie.

Von

Prof. **Carl Bayer** in Prag.

Im Jahre 1891 habe ich auf Grund eines gelungenen Falles die plastische Verlängerung der Achillessehne durch ⌐L-förmige offene Discision statt der üblichen subkutanen, einfachen queren Trennung zur Behandlung der paralytisch-spastischen Spitzfüße in Vorschlag gebracht (Prager medicin. Wochenschrift 1891, No. 35) und habe später (dieselbe Wochenschrift 1897, No. 45 und 46) über die damit erzielten günstigen Resultate berichtet. Eine kurze Notiz darüber erschien auch 1898 No. 10 in diesem Centralblatt, bei welcher Gelegenheit ich auch über die Anwendung des gleichen Verfahrens zur Verlängerung der Beugesehnen der Finger bei Dupuytren'scher Kontraktur und des M. sterno-cleido-mastoideus bei muskulärem Schiefhals Mittheilung machte.

Seitdem habe ich noch eine weitere Anzahl von paralytisch-spastischen Spitzfüßen bei Kindern und Erwachsenen in gleicher Weise operirt und gefunden, dass die Enderfolge immer gut waren. Nur Eins empfand ich dabei als Mangel, nämlich die Hautwunde zur Bloßlegung der Sehne und die nothwendigen Nähte. In der Gegend der Achillessehne sind Narben immer ein Nachtheil. Nach einiger Überlegung kam ich zu der Überzeugung, dass sowohl die Bloßlegung der Sehne als auch deren longitudinale Trennung in zwei gleiche Hälften ganz und gar überflüssig sind, und dass es vollkommen ausreichen müsse, von der gedachten Mittellinie der Sehne die eine Hälfte oben am Muskel nach der einen Seite, die andere unten am Calcaneus nach der anderen Seite einfach subkutan zu tenotomiren und die Lösung der beiden Sehnenhälften von einander, die ja dank der Parallelfaserung durch Zug am Calcaneus spontan eintreten müsse, dem Redressement zu überlassen.

So war es auch, als ich am 6. November v. J. an einem geeigneten Falle nach diesem Plane die Operation vornahm. Die Durchschneidung der Sehnenhälften wurde in der Weise ausgeführt, dass ein schmales Tenotom subkutan bis zur Mitte der Sehne vorgeschoben und die Sehnenhälfte von hinten nach vorn durchtrennt wurde. Es schien mir dies wegen der genaueren Bemessung der Mitte praktischer zu sein, als in der üblichen Weise »die Sehne aufs Messer nehmend« — von vorn nach hinten zu tenotomiren. Nach dem Eingriffe, der ein paar Sekunden Zeit in Anspruch nahm, waren bloß zwei Einstiche da, der eine seitlich innen oben, wo die Sehne in den Muskelbauch übergeht, der andere seitlich außen unten am Calcaneus; es war in dem Falle nöthig, die Sehne um ihre ganze Länge zu

verlängern. Bei der Überführung des Spitzfußes in die korrekte Stellung lösten sich die Sehnenhälften und glitten schön an einander; der intakte Hautüberzug brachte ihre Querschnitte korrekter zusammen, als es der Naht möglich ist. — Nach Abnahme der Schiene und des Verbandes, 8 Tage später, waren die Stichöffnungen geheilt, stand der Fuß normal, und konnte, wenn man von dem schmächtigeren Aussehen der operirten Seite absah, mit Rücksicht auf die Konfiguration der Achilles-Sehnengegend zwischen rechts und links sonst kein Unterschied wahrgenommen werden. Nach weiteren 8 Tagen konnte der Kranke schon vollkommen schmerzlos mit voller Planta auftreten.

III.

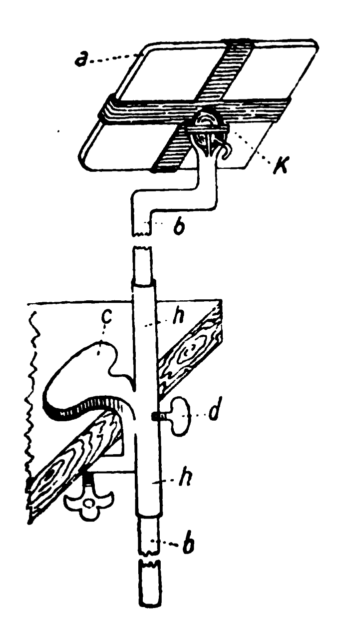
Ein neuer Handoperationstisch.

Von

Dr. **Rathmann** in Mühlhausen i/Thür.

Bei allen Operationen an den oberen Extremitäten macht sich stets der Mangel eines geeigneten kleinen Operationstisches bemerkbar.

Die bisher übliche Form ist folgende: Der zu operirende Pat. liegt auf dem großen Operationstische, und der zu operirende Unterarm etc. wird dann auf einen daneben gestellten kleineren Tisch gelegt. Diese Art und Weise hat neben großer Unbequemlichkeit vielerlei Mängel.



Der hauptsächlichste Fehler besteht darin, dass der Tisch stets nur in der horizontalen Ebene sich befindet. Dadurch werden Operationen bei Ankylosen im Ellbogengelenk oder bei sonstigen Anomalien stark beeinflusst. Häufig konnte dann der Tisch gar nicht gebraucht werden, sondern ein Assistent musste den betreffenden Arm in der geeigneten und erforderlichen Weise halten.

Da der Tisch ferner stets dieselbe Höhe besitzt, so kommt es vor, dass der Tisch bald zu hoch, bald zu niedrig ist und in Folge dessen nicht benutzt werden kann.

Diesen Mängeln hilft die neue Form des Handoperationstisches in vollkommener Weise ab. Die Konstruktion des Tisches ist folgende:

Die Tischplatte besteht aus einer starken Glas- oder emaillirten Eisenblechplatte (*a*), welche mittels eines darunter befindlichen Kugelgelenkes (*k*) in jede Stellung gebracht und in der-

selben festgehalten werden kann. Das Kugelgelenk nun steht in Verbindung mit einem winklig gebogenen Stabe (*b*), der in 'einer Hülse (*h*) leicht auf und ab geschoben und in der gewünschten Höhe durch eine Schraube (*d*) fixirt werden kann. Die Hülse (*h*) wiederum lässt sich durch eine Befestigungszwinge (*c*) mit Klemmschraube an jeden anderen Tisch anschrauben.

Die Vortheile eines solchen Tisches sind klar und deutlich erkennbar.

1) Der Tisch lässt sich an jeden anderen, schon vorhandenen Tisch leicht befestigen.

2) Er kann in jeder, für den einzelnen Fall nöthigen Höhe und Ebene eingestellt werden.

3) Die Tischplatte kann, da sie aus Glas bezw. Metall hergestellt ist, bequem und sicher keimfrei gehalten werden.

4) Der Tisch weist keine komplicirte Konstruktion auf, nimmt sehr wenig Raum ein, ersetzt eine sonst nothwendige Assistenz und kann nach vollendeter Operation leicht wieder vom großen Operationstische entfernt werden.

Auch für vielerlei andere Maßnahmen ist der Tisch verwendbar; er kann als Instrumententisch, Irrigatorständer etc. benutzt werden.

In Folge seiner Vielseitigkeit, Einfachheit und bequemen Handhabung ist die Anschaffung eines solchen Handoperationstisches dringend zu empfehlen.

Der Tisch wird von der Firma Alexander Schädel, Leipzig, Reichstraße geliefert, welche die Anfertigung und den Verkauf des patentamtlich geschützten Tisches übernommen hat.

---

1) **Villaret.** Handwörterbuch der gesammten Medicin. 2. und gänzlich neubearbeitete Auflage. 2. (Schluss-)Band.

Stuttgart, **E. Enke,** 1900. 1180 S.

Das encyklopädische Werk liegt zum 2. Male vollendet vor. Es ist natürlich, dass in so kurz gefassten Artikeln, wie sie bei einem zweibändigen, die ganze Medicin umfassenden Werke nur möglich sind, die einzelnen Themata vielfach nur eine abnorm scharfe, fast einseitige Beleuchtung erfahren, dass Manches als sicher und erwiesen hingestellt wird, was bei genauer Kritik doch noch recht zweifelhaft erscheint. Aber sich genauer über den Stand dieser oder jener Frage zu unterrichten, den Zweck hat ein solches kurz gefasstes Wörterbuch auch nicht; es will dem Arzte Gelegenheit bieten, sich rasch zu informiren, wenn Eile Noth thut, oder er über dieses oder jenes Neue hört und liest, was ihm bisher entgangen oder worüber er sich nicht klar ist, neue Medikamente, Heilverfahren, Kurorte etc. Und dafür ist das Wörterbuch bei seiner großen Vollständigkeit und bei der Wissenschaftlichkeit, durch die es sich auszeichnet, sehr zu empfehlen. Einen besonderen Werth für einen Jeden, der sich auch mit fremdländischer medicinischer Litteratur beschäftigt, bietet es dadurch,

dass, abgesehen von den trefflichen etymologischen Erklärungen der einzelnen internationalen technischen Ausdrücke, allen deutschen noch die französischen, englischen und italienischen Bezeichnungen angereiht sind. Dies allein schon hat den Ref. das Wörterbuch von Anfang seines Erscheinens an oft in die Hand nehmen lassen. — Der Druck ist sehr klar, die 2. Auflage weit handlicher als die erste.

Richter (Breslau).

---

2) Handbuch der praktischen Chirurgie. Bearbeitet und herausgegeben von Prof. E. v. Bergmann, Prof. P. v. Bruns und Prof. J. v. Mikulicz. 11.—20. Lieferung.

Stuttgart, F. Enke, 1900.

20 Lieferungen des trefflichen Werkes liegen jetzt vor, der 1. und 2. Band und die 1. Hälfte des 3. sind vollendet, vom letzten ist nur noch die kleinere Hälfte nachzuliefern. Es dürfte somit kaum noch $1/2$ Jahr vergehen, bis wir das volle Werk — etwa 2 Jahre nach dem Beginne des Erscheinens — in Händen haben.

Im 1. Bande, der die Chirurgie des Kopfes enthält, hatte Kümmel die Erkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen noch zu Ende zu führen; es folgen diesen die Erkrankungen der Mundhöhle — namentlich auch die Zungenkrankheiten — von Partsch, und den Abschluss bilden, in etwas wunderbarer Weise unter beide Vorgenannte vertheilt, die Erkrankungen des Rachens.

Die 2 den 2. Band schließenden Lieferungen enthalten nach der Vollendung der Krankheiten der Brustdrüsen (Angerer) — in ungewohnter Anordnung — die Missbildungen, Verletzungen und Erkrankungen des Beckens von Steinthal und aus der Feder Henle's die Verletzungen und Erkrankungen des Rückenmarkes und der Wirbelsäule.

Im 3. Bande Abtheilung I — dessen 1. Lieferung schon früher angezeigt ist, haben v. Mikulicz und Kausch die Krankheiten des Magens und Darmkanals — exkl. die des Mastdarmes — behandelt. Diesem Abschnitte eingefügt sind 2 Kapitel über Ileus und über Appendicitis aus der Feder von Schlange; danach folgt Kehr mit einem Abschnitte über die chirurgischen Krankheiten von Leber, Milz und Bauchspeicheldrüse; den Abschluss bildet die Lehre von den Hernien von Graser. Auch hier also eine etwas eigenthümliche, in einer neuen Auflage vielleicht zu ändernde Aufeinanderfolge der Kapitel.

Auch Band 4 zerfällt, wohl in Rücksicht auf die Handlichkeit, in 2 Halbbände. Von dem 1. derselben ist erst Lieferung 1 ererschienen, in der Schreiber die Erkrankungen und Verletzungen der Schulter und des Oberarmes behandelt, ohne das Kapitel schon abzuschließen; der Schlusshalbband dagegen liegt in 3 Lieferungen fast vollendet vor. Er beginnt mit den Erkrankungen von Hüfte und Oberschenkel, die Hoffa, auf diesem Gebiete besonders bewandert, zum Verf. haben; an ihn schließt sich Reichel mit den Krankheiten

des Kniees und Unterschenkels an, während das von Nasse vor seinem frühen Tode schon weit geförderte Manuskript über die Krankheiten des Fußes von Borchert vollendet worden ist.

Gute Zeichnungen, zum Theil Originale, zum Theil besten Mustern entnommen — darunter auch nicht wenig Skiagramme — sind dem Texte reichlich eingefügt. Die Operationslehre ist natürlich, wie stets in den deutschen Lehrbüchern der Chirurgie, gut berücksichtigt, mit besonderer Vorliebe aber im 3. Bande, weil sie sich bei den Operationen in der Peritonealhöhle noch immer in reger Weiterentwicklung befindet, und es hier mehr als an anderen Stellen auf die penibelste Berücksichtigung aseptischer Vorsichtsmaßregeln und gewisser technischer Maßnahmen handelt, die eine genaue Darstellung finden.

Dem vollendeten 1. und 2. Bande ist je ein Inhaltsverzeichnis und ein Sachregister eingefügt.

Dem Lobe des Werkes, das ja später wohl noch einen etwas einheitlicheren Charakter, eine natürlichere Anordnung und manchen Zusatz bekommen dürfte, hat Ref. nach dem früher Gesagten nichts hinzufügen; er hofft, dass es eine möglichst weite Verbreitung finden, und wünscht, dass es recht viel studirt werden möge.

Richter (Breslau).

---

3) **H. Chiari.** Die pathologische Anatomie im 19. Jahrhundert und ihr Einfluss auf die äußere Medicin.

Jena, **G. Fischer,** 1900.

In seinem in der ersten allgemeinen Sitzung der diesjährigen Naturforscherversammlung gehaltenen Vortrage giebt C. zunächst einen Überblick über die historische Entwicklung der pathologischen Anatomie, welche in den Namen Rokitansky, Virchow, Koch kulminirt. Sodann wird der Einfluss derselben auf die äußere Medicin geschildert, insbesondere die Erkenntnis des anatomischen resp. cellularen Sitzes der Krankheiten, ihrer Verbreitungswege und ihrer Prognose, vor Allem auf dem Gebiete der genaueren Vorgänge bei der Wundheilung, den Infektionskrankheiten, den Neubildungen und Knochenkrankheiten.

Mohr (Bielefeld).

---

4) **Löhlein.** Zur Diagnose der tuberkulösen Peritonitis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 39.)

Die Diagnose der abgesackten tuberkulösen Peritonitis kann oft großen Schwierigkeiten begegnen. L. weist auf einige Punkte hin, die, wenn auch nicht im Stande, absolute Sicherheit zu geben, doch geeignet sind, wichtige Anhaltspunkte zu bieten. Er fand in reichlich der Hälfte der in den letzten Semestern vorgestellten Fälle links von der Mittellinie den Schall deutlich gedämpft, während nach rechts von der Mittellinie allmählich immer deutlicher ausgesprochener Darmton nachzuweisen war. Auch bei der Vergleichung der abhängigsten Partien beiderseits fand sich linkerseits recht häufig die

Dämpfung viel ausgesprochener als rechts. L. sucht die Ursache darin, dass das erkrankte Mesenterium bei seiner Retraktion in der Richtung gegen die Radix mesenterii hin die Darmschlingen gegen die Mitte und die rechte Seite der Bauchhöhle hin heranzieht. Der Lagewechsel, das Eindrücken des Fingers oder Plessimeters kann die Dämpfungsfigur modificiren, eben so wie vorherige Vertheilung der Darmschlingen von Einfluss ist. Jedoch hat abgesehen davon dies Symptom eine gewisse, wenn auch bescheidene Bedeutung für die Praxis. Ein weiteres Zeichen, das sich für die Diagnose vieler hierher gehöriger Fälle wohl verwerthen lässt, ist der durch die Untersuchung vom Mastdarme aus geführte Nachweis von Tuberkeleruption auf der Serosa des Cavum Douglasii, und zwar ganz besonders wo die Diagnose mit Ovarialkystom schwankt. Ferner kann man sich so über die event. Heilung des Processes im weiteren Verlaufe orientiren.

Wo der Douglas vom hinteren Scheidengewölbe aus gut zugänglich ist, soll man nicht vernachlässigen, die Eröffnung hier zu machen, da man auf diesem nahegelegten und außerordentlich einfachen Wege nicht allein die Diagnose schnell klar legt, sondern auch gleichzeitig das in Frage kommende Heilverfahren durchgeführt hat.

Borchard (Posen).

---

5) **J. Eiger.** Über Pseudomyxom des Bauchfelles.

Diss., St. Petersburg, 1900. (Russisch.)

Um die Frage zu lösen, ob das Pseudomyxom des Bauchfelles eine selbständige oder bloß sekundäre Krankheit ist, untersuchte E. 3 Fälle aus Prof. Lebedew's Klinik und kommt zu folgenden Schlüssen: Das Pseudomyxom entwickelt sich immer bloß sekundär nach Ruptur von pseudomyxomatösen Ovarialcysten. Die letzteren sind keine Schleimgeschwülste, sondern Drüsenkystome mit äußerst dünnen und leicht zerreißlichen Wänden. Gelangt nun der Inhalt dieser Cysten in die Bauchhöhle, so ist der weitere Verlauf verschieden, je nachdem die Cyste eine alte, keine lebensfähigen Elemente mehr enthaltende war oder umgekehrt. War der Cysteninhalt nicht mehr keimfähig, so ruft er bloß eine reaktive Peritonitis hervor; die pseudomyxomatösen Massen werden von Gefäßen und Bindegewebsleisten durchwachsen und schließlich resorbirt. Anders gestaltet sich der Verlauf, wenn die Elemente noch lebensfähig sind: zu der Peritonitis gesellt sich dann eine Inokulation der Geschwulstpartikel ins Bauchfell und eine Entwicklung echter sekundärer Cysten, die ihrerseits pseudomyxomatöse Massen produciren können. — In beiden Fällen kann das Bauchfell mikroskopisch dasselbe Bild bieten. — Die Therapie besteht in möglichst früher Operation: in der Entfernung der geplatzten Geschwulst und Reinigung des Bauchfelles von den Pseudomyxommassen. Zuweilen führt das zur Heilung, doch bleiben in anderen Fällen Geschwulstpartikel zurück und geben nach einigen Jahren Anlass zu Recidiven und zu neuer Operation,

— Endlich entwickelt sich in zwar sehr seltenen Fällen aus dem Pseudomyxom ein peritoneales Carcinom.

E. Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

6) G. Peronidi. Recherches anatomiques sur le coecum et son appendice.

(Revue de chir. 1900. No. 8.)

Die Untersuchungen P.'s bestätigen, dass der Blinddarm sowohl in seiner Lage, Länge und Richtung, als auch in der Ausdehnung der peritonealen Bekleidung etc. von der Norm — Lage am untersten Theile der Fossa iliaca dextra in der Richtung nach rechts oben hinten; vollständiger Peritonealüberzug; transversaler Verlauf des einmündenden Ileum — nicht selten abweicht, und dass der Wurmfortsatz dem entsprechend gleichfalls Anomalien unterworfen ist. Meist fand ihn P. von regelmäßig cylindrischer Gestalt, nach einwärts vom Blinddarme gelegen, vertikal ihm aufsitzend und 7,6 cm lang. Die sog. Fossettes rétro-coecales erwiesen sich gewöhnlich als Fossettes rétro-coliques.

Kramer (Glogau).

---

7) Rotter. Zur Pathologie und Therapie der Douglasabscesse bei Perityphlitis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 39.)

Von 132 im akuten Anfalle operirten Fällen sind 83 Abscesse auf der rechten Beckenschaufel, 41 im Douglas, 13 in der rechten Lendengegend, 9 über dem linken Lig. Poupart., 4 im Subphrenium. Bei den Douglasabscessen decken die Darmschlingen wie eine Kuppel die Eiterhöhle zu und schließen sie gegen die freie Bauchhöhle ab. Nicht zu den Douglasabscessen gehören die Eiterungen, die sich um einen im kleinen Becken liegenden Wurmfortsatz bilden. Diese Eiterhöhlen nehmen nicht den Grund der Douglasfalte ein. Zwischen beiden sind noch verklebte und unverklebte Darmschlingen. Ähnliche Verhältnisse sind vorhanden, wenn sich ein Abscess von der Beckenschaufel nach dem kleinen Becken hin senkt. Unter 40 Fällen war der Douglasabscess 21mal die einzige Eiterung in der Bauchhöhle. Nur bei großer Ausdehnung ist die Palpation an der vorderen Bauchwand möglich, sonst kann nur die Mastdarmuntersuchung Aufschluss geben. Unter den 19 Fällen, in denen noch eine Eiterung vorhanden war, war 14mal ein Abscess der Ileocoecalgegend vorhanden. Derselbe war aber in allen Fällen von dem Douglasabscess isolirt. Für das Zustandekommen der letzteren ist ein im kleinen Becken fixirter Wurmfortsatz nicht nothwendig. Sie entstehen vielmehr, 1) wenn bei einer perityphlitischen Perforationsperitonitis Infektionsmaterial in den Douglas hinabfließt, 2) wenn ein im Douglas abgekapseltes seröses Exsudat nachträglich vereitert. Die Douglasabcesse verlaufen fast stets mit schweren Erscheinungen, Zeichen diffuser Peritonitis. 4 der Fälle wurden schon am 4. Tage operirt. Ein wichtiges Sym-

ptom ist die starke Auftreibung des Leibes, bedingt durch die mechanische Verlegung des Weges durch den Mastdarm. Hinzu kommt in einigen Fällen eine akute Proctitis. Die Untersuchung vom Mastdarme aus soll in allen Fällen von Perityphlitis vorgenommen werden. Die Gewissheit, ob die gefühlte fluktuirende Geschwulst Eiter ist, verschafft die Punktion. Die Operation geschieht bei Männern und jungen Mädchen vom Mastdarme aus (mit einem zangenartigen Instrumente [Landau], das mit der Punktionsnadel durch die Darmwand gestoßen wird). Keine Drainage. Danach ist festzustellen, ob eine an der vorderen Bauchwand etwa vorhandene Resistenz mit verschwunden ist oder nicht. Im letzteren Falle ist Entleerung dieses zweiten Abscesses von der vorderen Bauchwand her indicirt.

Borchard (Posen).

---

8) **Taillens.** Sur la guérison sans opération des hernies de la première enfance.

(Revue méd. de la Suisse romande 1900. No. 8.)

An der Hand einer sorgfältigst bearbeiteten Statistik aus der Universitätspoliklinik in Lausanne beleuchtet Verf. die angeborenen Hernien der Kinder unter 2 Jahren zunächst vom anatomischen und embryologischen Standpunkte aus; zieht sodann die für deren Entstehung einschlägigen Momente in Betracht, wie »Heredität, vorzeitige Geburt, Überwiegen des männlichen Geschlechtes, Konstitutionsanomalien u. A. m.«.

Die Statistik umfasst in einem Zeitraume von 5 Jahren 81 Fälle. 58 Knaben, 23 Mädchen; hiervon heilten 67 = 83% ohne Operation.

Von den 81 Fällen waren 53 Leistenbrüche mit 44 Heilungen = 83%, 28 Nabelbrüche mit 23 Heilungen = 82% — für Nabelherien ein verhältnismäßig geringerer Heilungsprocentsatz.

Die Hälfte der Fälle heilte mit Bandage in einem Tage bis zu 4 Monaten. 11 Fälle in 4—6 Monaten, 14 in mehr als 6 Monaten, 6 ohne Bandage. Die nicht geheilten Fälle sind theils der Vernachlässigung der Angehörigen, theils der ungünstigen Beschaffenheit der Hernien selbst, theils misslichen Nebenumständen, wie Keuchhusten, Ernährungsstörungen, defekten Bildungen des Leistenkanals etc. zur Last zu legen.

Es folgt sodann eine Besprechung der heilenden Einwirkung der Bandage auf die Hernie, der Wahl der Bandagen für Leisten- bezw. Nabelhernien. Schließlich wird die Operation nach 2jährigem Bestande der Hernie als zulässig erachtet.

(Die vorliegende, sehr fleißige Arbeit über die angeborenen Kinderhernien bietet uns sicherlich manche interessante Details, wesentlich Neues bringt sie indessen nicht. Ref.)

Kronacher (München).



9) Phelps. L'opération de Phelps pour la cure des hernies et la fermeture des plaies de l'abdomen.

(Revue de chir. 1900. No. 11.)

Der wesentliche Inhalt dieser Arbeit ist bereits auf p. 1234 d. Bl. 1900 im Berichte über den internatinalen med. Kongress zu Paris wiedergegeben. Durch die Mittheilung P.'s wird jedoch nicht nur der Werth der Anwendung versenkter Silberdrahtnetze zum Verschlusse von Bruchkanälen und Bauchwunden bestätigt, sondern auch, wenngleich nur mit wenigen Worten, auf ihren Nutzen bei größeren Substanzverlusten des Schädels und der Muskulatur hingewiesen. Es dürfte daher die vorliegende Abhandlung auch für die deutschen Chirurgen von Interesse sein (s. auch Referat 25 in d. Nummer).

Kramer (Glogau).

---

10) L. Grosse. Zur Radikalbehandlung der Leistenhernien.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 169.)

G. beschreibt ein von Landerer ersonnenes und 7mal erprobtes Modifikationsverfahren der Kocher'schen Bruchradikaloperation. Zunächst Isolirung des Bruchsackhalses bis über den inneren Bauchring hinauf. Dann wird der Bruchsack im Halse nahe dem äußeren Bauchringe mehrfach mit einem langen Faden durchstochen und durch mäßiges Anziehen des Fadens zusammengezogen, also verschlossen. Die freien Enden des Fadens werden getrennt in 2 lange Nadeln gefasst und letztere unter Leitung des Fingers den Kanal aufwärts bis über den Annulus ext. hinauf durch Bauchmuskeln und Bauchhaut geführt, hier angezogen und mit einander verknotet. Naht etc. Am Ende einer Woche werden Hautnähte so wie die Fixationsnaht des Bruchsackes ausgezogen.

Das Verfahren leistet dasselbe wie Kocher's Originalmethode, vermeidet aber die Schlitzbildung in der Aponeurose des Obliq. ext. die erfahrungsgemäß zur Bildung kleiner Brüche Veranlassung geben kann.

Außer dieser Mittheilung enthält die Arbeit auch eine kurze kritische Besprechung verschiedener anderer moderner Bruchoperationsmethoden. Ein Litteraturverzeichnis von 36 Nummern ist angefügt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

11) Talma. Zur Untersuchung der Säuresekretion des Magens.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 19.)

T. bringt Morgens früh durch Sonde in den möglichst rein gespülten Magen der im Bette befindlichen Kranken eine genau neutralisirte Lösung von 3 g Liebig'schen Fleischextraktes in 1 Liter Wasser von Körpertemperatur. Diese Probebouillon erweckt eine relativ ziemlich starke Sekretion der Magensäure bei Gesunden und fast bei allen Kranken, wo die Säuresekretion nicht allzusehr gelitten hat. Nach einer Stunde Ausheberung des Mageninhaltes und Prüfung

auf seine Acidität, welche in einem gesunden Magen ± 1 pro Mille beträgt. Als Indikation braucht T. stets Phenolphtaleïn.

T. empfiehlt seine Methode einerseits ihrer Bequemlichkeit wegen, andererseits, weil, seiner Meinung nach, in dem Probefrühstücke die Bestimmung der mechanisch und chemisch anorganisch oder organisch gebundenen Salzsäure umständlich und nicht einwandfrei ist.

Gold (Bielitz).

---

12) **N. Manger.** La perforation typhique de l'intestin et de ses annexes. Son traitement chirurgical.

Thèse de Paris, **G. Steinheil**, 1900. 128 S.

Aus dieser fleißigen, ausführlichen Arbeit sei folgendes für den Chirurgen Wichtige hervorgehoben: Die Perforation eines Typhusgeschwüres kann in jedem Stadium des Typhus, auch im Rückfalle, auftreten, meist ereignet sie sich aber in der 2.—4. Woche. Sie kommt beim ambulanten Typhus so gut vor, wie in schweren Fällen, bei Kindern so gut, wie bei Erwachsenen. Fast immer ist sie einfach, sehr selten sind 2 Perforationen vorhanden. Ihren Sitz hat sie meist in den letzten 60 cm des Dünndarmes, ausnahmsweise auch in anderen Darmpartien vom Duodenum bis zum Mastdarme, gar nicht so selten findet sie sich am Wurmfortsatze; auch an einem Meckel-schen Divertikel wurde sie beobachtet. Die Diagnose ist nicht immer leicht, weil in schweren Typhusfällen die Erscheinungen des Typhus die Symptome der Perforation verdecken können. Die wichtigsten Zeichen sind, plötzlicher Schmerz, Heraufschnellen des Pulses, Collaps, späterhin Erscheinungen von Peritonitis; die Temperatur sinkt meistens, doch kann sie auch gleich bleiben oder steigen. Bei plötzlich bei scheinbar Gesunden auftretenden Erscheinungen von Darmperforation hat man stets an latent verlaufenden Typhus zu denken.

Die Behandlung kann nur eine chirurgische sein. Eine Zusammenstellung von 107 sicheren, gut beschriebenen, operativ behandelten Fällen, unter denen 7 bisher noch nicht veröffentlichte sich befinden, ergiebt 25 Heilungen.

Brunner (Zürich).

---

13) **E. Villard.** De la gastroduodénostomie sous-pylorique.

(Revue de chir. 1900. No. 10.)

V. hat obige Operation in 6 Fällen ausgeführt, von denen in der Arbeit indess nur die 3 ersten verwerthet werden, da die übrigen erst kürzlich zur Operation gelangt waren. Jene 3 betrafen Pylorusstenosen, 1mal in Folge von Geschwürsnarbe bei einem bereits sehr heruntergekommenen Manne († an Inanition am 3. Tage), im 2. Falle veranlasst durch eine nach der Operation allmählich sich zurückbildende Neubildung, im 3. durch Carcinom; in einem der jüngsten Fälle ist die Operation wegen Magengeschwür mit unstillbarem Erbrechen und Blutungen, und zwar mit bestem Erfolge gemacht worden.



Die mit Ausnahme des ersten zur Heilung gelangten Pat. haben durch die Operation eine sehr wesentliche Besserung aller Beschwerden erfahren und rasch an Gewicht zugenommen; die Magenerweiterung bildete sich bald zurück, die motorische und chemische Funktion des Magens war in günstigster Weise beeinflusst, niemals wurde bei Ausheberungen des Mageninhaltes Galle oder Pankreassekret in demselben gefunden. — Was die Ausführung der Operation betrifft, so wurde die Anastomose an der zweiten Partie des Duodenum und dem rechtsseitigen Stücke der großen Curvatur des Magens zwischen einem 1—1$^1/_2$ cm unter dem Pylorus und einem 4—5 cm tiefer unten gelegenen Punkt angelegt; der hintere Curvaturrand erschien V. geeigneter als der vordere.

V. ist nach seinen Erfahrungen der Ansicht, dass die Gastroduodenostomie, die unschwer in 25—30 Minuten auszuführen sei, nach der von ihm gewählten Methode (Einzelheiten siehe im Originale) die Vortheile der Pyloroplastik und Gastroenterostomie ohne deren Nachtheile besitze und angezeigt sei 1) bei Geschwürsnarbenstenosen des Pylorus, 2) bei Stenosen biliären Ursprungs, 3) bei Krebsstenosen, wenn die Neubildung, umschrieben und scirrhöser Form, nach der kleinen Curvatur zu liege, und 4) bei blutenden Geschwüren in der Pylorusgegend. Verf. möchte demnach der Gastroduodenostomie einen Platz zwischen jenen beiden anderen Operationen zugewiesen sehen. (Die in der Litteratur mitgetheilten Fälle von Gastroduodenostomie sind in der Arbeit nur theilweise erwähnt. Ref.)

Kramer (Glogau).

---

14) **E. Vidal.** L'opothérapie entérique dans l'occlusion intestinale.

(Revue de chir. 1900. No. 10.)

In der Annahme, dass »in der Darmschleimhaut gewisse, aus dem Leben der anatomischen Elemente hervorgehende Elemente vorhanden seien, welche im Stande wären, mehr oder minder vollständig die Wirkungen einer abnormen Resorption der Giftstoffe des Darmkanals zu neutralisiren«, hat V. versucht, durch Maceration der Darmschleimhaut des Schweines in Serum oder besser noch in Glycerin jene Antitoxine zu erhalten und sie nach dem Vorgange Charrin's therapeutisch (»Opothérapie intestinale«) zu verwenden. Thiere, denen eine Kothlösung in eine Ohrvene eingespritzt wurde, bekamen bei vorausgeschickter Antitoxininjektion nicht Krampferscheinungen, die ohne die Injektion rasch zum Tode führten. Auch bei solchen, denen ein Darmverschluss angelegt worden, soll bei subkutaner Antitoxindarreichung der Krankheitsverlauf wesentlich milder, als bei den mit Antitoxin nicht behandelten, gewesen sein. Auf Grund dieser experimentellen Ergebnisse glaubte V. auch beim Menschen in 2 Fällen von Darmverschluss mit dem Antitoxin einen Versuch machen zu dürfen. In dem einen handelte es sich um eine Kothphlegmone in Folge von Gangrän eines seit mehreren Tagen ein-

geklemmten Leistenbruches mit schweren Inkarcerations- und Intoxikationserscheinungen — Operation mit Anlegung eines künstlichen Afters —, im anderen um eine Darminvagination, deren operative Beseitigung von den Eltern des Kindes verweigert wurde. Der 1. Fall kam nach mehreren Antitoxineinspritzungen (neben Kochsalzinfusionen etc.) zur Heilung, nachdem die schweren Erscheinungen von Herzschwäche sich rasch gebessert und die Harnausscheidung sich wieder hergestellt hatten; im zweiten hatten die Injektionen zwar eine scheinbare Besserung herbeigeführt, konnten aber den Tod an akuter Peritonitis nicht verhindern.

V. hält auf Grund seiner Beobachtungen weitere Versuche mit dem Antitoxin in großen Dosen für berechtigt, ohne allerdings die Unschädlichkeit der letzteren bereits am Menschen erprobt zu haben.

Kramer (Glogau).

---

15) **Rauch.** Über Naftalan bei Hämorrhoiden.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 39.)

20%ige Naftalansuppositorien haben in 10 Fällen zu rascher Verkleinerung der Knoten in Folge dauernder Kontraktion der Blutgefäße, zu Linderung der Schmerzen, Heilung der Exkoriationen und Rhagaden geführt. Die chemische Wirksamkeit wird durch die mechanische unterstützt. Daher ein festeres Konstituens: Butyr. lacha 1,5; Cerae flavae 0,5.

Borchard (Posen).

Kleinere Mittheilungen.

16) **G. Jochner** (München). Chirurgische Mittheilungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 46.)

1) Fall von Ersatz eines 5—6 cm langen Sehnendefektes am Unterarme durch eingeflochtene dicke Seidenfäden; Einheilung derselben per primam intentionem mit fast normaler Funktion des betr. Extensor digit. comm.

2) Fall von Ileus in Folge ringförmigen Carcinoms an der Flexur: Nach Entleerung des Darmes durch Incision an 2 Stellen Anlegung eines künstlichen Afters am Blinddarme; 3 Wochen später Resektion des Carcinoms mit Vereinigung der durch Verwachsungen fixirten Darmenden mittels Murphy-Knopfes, der später ausgestoßen wurde. Nach weiteren ca. 4 Wochen Verschluss des Kunstafters. Heilung.

3) Hinweis auf die Entdeckung Powell's, dass Alkohol das Antidotum von reiner Karbolsäure sei, und auf die Empfehlung Phelps', letztere mit nachfolgender Abwaschung mittels Alkohol bei Erysipel anzuwenden. **Kramer** (Glogau).

17) **Ssokolow.** Ein Fall von Ascites bei Lebercirrhose, durch Talma's Operation geheilt.

(Westnik Chirurgii 1900. Juli 1. [Russisch.])

37jähriger Mann, 3 Jahre Ascites. Durch Punktion werden 12 Liter entfernt. Die Leber reicht von der 5. Rippe bis zum unteren Rippenrande; linker Lappen hart. Nach 2 Monaten werden wieder $17^1/_2$ Liter entleert, 4 Tage darauf Laparotomie und Omentofixatio. Einen Monat später mussten noch 10 Liter Flüssigkeit entleert werden, dann schwand der Ascites ganz, und 4 Monate nach der Operation betrug der Umfang des Leibes nur 84 cm. Keine pathologischen Erscheinungen von Seiten des Nervensystems. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

18) **Grandmaison.** Appendicite latente.

(Médecine moderne 1900. No. 66.)

Der von G. mitgetheilte Fall ist ein sehr lehrreiches Beispiel der larvirten Form der Appendicitis, bei der die Diagnosenstellung ungemein schwierig, wenn nicht unmöglich wird.

Der 51jährige Pat. ist starker Säufer, sonst aber angeblich nie krank gewesen. Seit 5 Tagen leidet er an leichtem Ikterus, Leibschmerzen unbestimmter Art, Kopfweh und heftigem Durchfall.

Am 30. August 1900, dem Tage seines Eintrittes ins Hospital, ist die Rectaltemperatur 39,7°, der Puls klein, 104, Urin spärlich, zucker- und eiweißfrei. Pat. steht Nachmittags mehrmals auf, um zu Stuhle zu gehen. Leib leicht meteoristisch aufgetrieben, kein Ascites, Bauch im rechten Hypochondrium etwas empfindlich, aber nicht schmerzhaft, auch sonst kein lokalisirter Druckschmerz. Leber klein, untere Dämpfungsgrenze 3 Querfinger oberhalb des Rippenbogens. Milz nicht vergrößert. Schwere Diarrhöe ohne Entfärbung der Fäces.

Die Diagnose wurde auf infektiösen Ikterus bei alkoholischer Lebercirrhose gestellt. Mischregime.

31. August. Temperatur 39,7—39,8°, Puls schnell. Ikterus hat zugenommen, keine neuen Symptome seitens des Bauches, kein Erbrechen, Diarrhöe dauert an. Stühle grünlich.

1. September. Temperatur 39,2—39,5°, Allgemeinzustand schlechter, Ikterus noch stärker, heftiger Kopfschmerz, Bauch unverändert.

2. September. Temperatur 37,8°, Puls klein, 110, Gesicht eingefallen, Diarrhöe dauert an, kein Erbrechen, Leib etwas mehr aufgetrieben, aber nicht schmerzhaft, und überall tympanitisch.

3. September. Unter fortschreitendem Collaps stirbt Pat. in der Nacht.

Obduktion: Diffuse, jauchig-eitrige Peritonitis mit zahlreichen frischen Verklebungen. Wurmfortsatz turgescent, bläulich, vom Volumen des Zeigefingers der Leiche; dicht unterhalb seiner Insertion am Blinddarme eine unregelmäßige, erbsengroße Perforation innerhalb gangränöser Wandung, hinter dem Blinddarme, bis zum unteren Pole der Niere hinaufreichend, eine große, abgekapselte Abscesshöhle. Der Wurmfortsatz enthält eine gelbliche, halbweiche Masse, aber keinen Kothstein, seine Mündung in den Blinddarm ist fast undurchgängig. Atrophische Lebercirrhose. **R. v. Hippel** (Dresden).

19) **Souligoux.** Appendicite et cure radicale de hernie inguinale droite irréductible.

(Bull. et mém. de la soc. anatom. de Paris T. LXXV. No. 6.)

20) **Le Filliatre.** Forme vésicale d' appendicite.

(Ibid.)

21) **H. Bender.** Hernie crurale appendiculaire; appendicite herniaire.

(Ibid. No. 7.)

22) **J. Bouglé.** Volumineux appendice exstirpé à froid.

(Ibid.)

Im ersten Falle zeigte sich 10 Tage nach einer Radikaloperation ein appendicitischer Anfall, der zuerst für Fadeneiterung gehalten wurde. Bei der Wiederöffnung zeigte sich Entzündung um den Wurmfortsatz, welcher einen Kothstein enthielt.

F. theilt 2 Beobachtungen mit, in denen die Appendicitis zuerst nur Störungen der Harnentleerung verursachte: schwierige Entleerung bis zu völliger Verhaltung. Beide Male fanden sich Verwachsungen zwischen Blase und Wurmfortsatz.

Im Bender'schen Falle hatte der Wurmfortsatz sich als Bruchsackinhalt entzündet und Inkarceration vorgetäuscht, im Bouglé'schen maß der entfernte Anhängsel 12 cm in der Länge und 7,5 im Umfange. Da er retrococcal gelegen, war er nicht getastet worden. **Christel** (Metz).

23) H. Kaposi. Weiterer statistischer Bericht über die an der Heidelberger Klinik beobachteten Appendicitisfälle.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVIII,2. p. 539.)

Anschließend an die frühere Statistik von Heddaeus berichtet K. über 70 weitere, in der Czerny'schen Klinik 1898 und 1899 beobachtete Appendicitisfälle. Die erste Gruppe derselben umfasst 3 akute Perforationen (1 gestorben), 25 perityphlitische Abscesse und 24 chronische Appendicitiden. In einer zweiten Gruppe finden sich tuberkulöse und aktinomykotische Formen, dann Fälle, die auch als parametritische Exsudate aufgefasst werden konnten, endlich theils gar nicht, theils nur wegen Fisteln operirte Fälle. Die Krankengeschichten, die ausführlich mitgetheilt werden, konnten meist durch Nachuntersuchungen resp. spätere Befundberichte ergänzt werden. Was die Resultate anlangt, so sind von der 1. Gruppe (52 Fälle) gestorben 5, geheilt 31, mehr oder weniger gebessert 11, ohne Nachricht 5; von der 2. Gruppe (18 Fälle) sind gestorben 4, geheilt 7, ungeheilt 4, ohne Nachricht 3. **Honsell** (Tübingen).

24) Roger. Appendicite et psoitis.

(Presse méd. 1900. No. 77.)

R. beschreibt einen interessanten Fall, bei dem die Diagnose zwischen Appendicitis und Psoitis schwankte. Er machte zunächst, um den Eiterherd zu suchen, eine Incision in der Fossa iliaca bis an das Bauchfell heran. Als er erkannte, dass dieses unversehrt und nicht verwachsen war, schob er es, ohne es zu eröffnen, ab und gelangte extraperitoneal in einen im Musc. psoas gelegenen, mit stinkendem Eiter erfüllten Muskelabscess. Der Kranke starb, und die Sektion ergab, dass der Wurmfortsatz mit seiner Spitze fest auf der Fascia iliaca angewachsen war, dass eine Perforation gegen den Musc. psoas hin erfolgt war und so den erwähnten Abscess erzeugt hatte. **Sultan** (Göttingen).

25) A. M. Phelps. The Phelps operation for hernia and method of closure of abdominal wounds.

(New York med. record 1900. September 22.)

P. hat seit 1892 216 Hernien operirt. 46 waren Rückfälle nach Bassini, 41 solche nach anderen Methoden. Alle Bauchwunden hat er mit Silberdraht verschlossen und bei besonders dünnen Bauchwandungen noch außerdem über die Fascia transversalis und unter den muskulären Lagen eine »Matratze« von Silberschlingen zur Verstärkung eingeführt (seit wann? Ref.). Diese letztere wird in Granulationsgewebe eingebettet und verhindert die spätere Narbendehnung. Im Übrigen wird der Leistenkanal gänzlich obliterirt, der Samenstrang herausgezogen und unter die Haut gebracht, die Muskelaponeurose so eingeschnitten, dass keine Strangulation erfolgen kann.

P. ist überzeugt, »dass der Tag nicht weit ist, wo alle anderen Methoden außer der seinigen verworfen werden«. »Die Mortalität ist Null, eben so wie die Recidive.« Die Aufbewahrung des Silbers geschieht in reiner Karbolsäure, und wird es vor der Einführung in die Wunde in einer Spiritusflamme durchglüht.

Kommt irgend eine Infektion vor, bleibt die Matratze liegen, wird die Wunde ausgekratzt, mit reiner Karbolsäure gefüllt, dann mit Alkohol ausgewaschen. Schließlich wird die Silbernahtprothese für Schädeldefekte und schwere Muskelrisse mit Substanzverlust auch empfohlen. P. excidirt den Bruchsack und näht.

Loewenhardt (Breslau).

26) Diederich. Cure radicale de hernie avec malformation génitale.

(Ann. de la soc. belg. de chir. 1900. Juli 21.)

D. präsentirt in obiger Gesellschaft ein Ovarium sammt Uterus einer 21 Jahre alten Person, welche er gelegentlich der Radikaloperation der Hernie als Bruchinhalt vorgefunden hatte. Das Ovarium hatte fast normale Größe und zeigte alle son-

stigen Charaktere eines Eierstockes. Der Uterus war 3 cm lang, am Fundus 2 cm breit, eine deutliche Höhle im Innern. Seine Portio vaginalis setzte sich in fibröses Gewebe fort, welches die Stelle der Vagina vertrat. Eine eigentliche Vagina fehlte. Hymen war vorhanden. Vulva normal.

C. Fischer (Straßburg i/E.).

27) A. Hansson. Ett fall af nafvelsträngsbråck.

(Hygiea Bd. LXII. Hft. 2.)

Verf. theilt einen neuen Fall von Nabelschnurbruch aus eigener Beobachtung mit, einen 19 Stunden alten, sonst normal entwickelten Knaben betreffend, mit einem faustgroßen, dünnwandigen, Darmschlingen und Netz enthaltenden Nabelschnurbruche, der durch Laparotomie mit Excision des Sackes und schichtweiser Vernähung der Wundränder geheilt wurde.

In der Besprechung der pathologischen Anatomie tritt Verf. gegen die bei den Franzosen (Berger u. A.) noch häufige Auffassung der inneren Sackwand als einer mit der Membrana reuniens inferior (Rathke) gleichwerthigen, bezw. von dieser herstammenden Schicht auf. Obgleich sowohl Lindfors als auch eine Mehrzahl der deutschen Autoren die Identität der inneren Sackwand mit dem Peritoneum parietale bewiesen haben, taucht jene falsche Ansicht bei den französischen Autoren immer von Neuem auf.

Verf. hat eine Kasuistik von 73 Fällen aus der antiseptischen Zeit zusammengestellt. Unter diesen sind 11 Kinder konservativ behandelt (5 Heilungen, 6 †); die einfache Ligatur des Sackes ist 2mal ausgeführt (Heilung); die perkutane Ligatur nach Breus 5mal (4 Heilungen, 1 †); Olshausen's extraperitoneale Operation 5mal (Heilung). Die Radikaloperation nach Lindfors wurde in 50 Fällen ausgeführt (33 Heilungen, 17 †). (Selbstbericht.)

28) Lejars. Hernie inguinale pro-péritonéale, étranglée, tu type pelvien. Laparotomie. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 773.)

Der einige 50 Jahre alte Pat. war plötzlich unter den Zeichen innerer Einklemmung erkrankt. Druck auf die rechte Iliacalgegend erzeugte allerdings etwas heftigeren Schmerz, auch schien hier etwas stärkere Spannung zu bestehen, doch waren diese Zeichen nicht deutlich. L. sah den Kranken erst 4 Tage nach Beginn des Leidens und operirte ihn sofort mittels medianer Laparotomie. Der rechte Leistenkanal erwies sich frei; aber 2 cm nach unten und außen von seiner inneren Mündung entdeckte man einen fibrösen Ring, durch welchen hindurch eine Dünndarmschlinge in der Richtung nach vorn, innen unten in einen properitonealen Bruchsack getreten war. Nach Spaltung des Schnürringes ließ sich die eingeklemmte Schlinge vorziehen; sie war schwarzroth, erschien aber lebensfähig. Der Finger drang in den Bruchsack 7—8 cm weit vor. L. vernähte einfach von innen die Bruchsacköffnung, reponirte die Schlinge, schloss die Bauchwunde und erzielte Heilung.

Reichel (Chemnitz.)

29) O. Laurent. Perforations par arme à feu de l'estomac, du colon et du diaphragme. Suture. Guérison.

(Revue de chir. 1900. No. 8.)

Der durch einen Revolverschuss verletzte 22jährige Soldat kam 6 Stunden später zur Operation, bei welcher bereits beginnende Peritonitis gefunden wurde. Die eine Magenperforationsstelle saß in der Mitte der vorderen Wand, die zweite an der hinteren; ferner war das Quercolon und, 4—5 Finger breit vom Rippenbogen entfernt, das Zwerchfell durchbohrt. Alle Wunden wurden genäht, am Schlusse eine Kochsalzinfusion gemacht. Vollständige Heilung.

Kramer (Glogau).



30) **Kirstein.** Zur Kasuistik der subkutanen Darmverletzungen.
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 61.)

K. bringt einen neuen, richtig diagnosticirten und mit glücklichem Erfolge laparotomirten Fall aus der Königsberger Klinik bei. 21jähriger Gärtner, 2 m hoch von einer Leiter mit dem Bauche auf eine hölzerne Barrière aufgefallen. Sofort heftige Leibschmerzen, nach 20 Minuten Aufstoßen und Erbrechen. Bei der alsbald bewirkten Aufnahme ist Pat. sehr aufgeregt und unruhig, aber bei klarem Bewusstsein, keine Anämie, dagegen andauernder Brechreiz, Puls 120, kräftig, regelmäßig, ganz geringe Auftreibung des Leibes, dessen Decken bretthart gespannt sind. Große spontane Leibschmerzen, durch die leiseste Berührung erhöht. Unterhalb des Nabels handtellergroße Partie mit auffallend lautem Perkussionston. Leberdämpfung etwas verschmälert, Athmung kostal und oberflächlich. Bei der Laparotomie fand sich Dünndarminhalt in der Bauchhöhle, leichte Verklebung und Hyperämie der Darmschlingen, die systematich abgesucht wurden, und 2 Risse im Dünndarme. Naht der Darmlöcher, reichliche Bauchhöhlenspülung mit ca. 20 Liter Salzwasser. Naht. Die ersten Tage waren sehr kritisch, die Temperatur erst febril, dann subnormal, der Puls bis 140, dazu reichliches Erbrechen und Aufstoßen. Vom 5. Tage an Besserung, doch wurde die Genesung noch durch eine Pneumonie und Vereiterung der Schnittwunde gestört. Zu Beginn der 9. Woche konnte Pat. aber geheilt entlassen werden.

In der Besprechung weist K. namentlich auf die brettharte, direkt an Tetanus erinnernde Starre der Bauchdecken hin, die für die Diagnose der Darmrupturen von größtem Werthe zu sein scheint und in neuerer Zeit von mehrfacher Seite desshalb hervorgehoben ist. K. giebt sodann eine Zusammenstellung von 18 seit 1896 operirten einschlägigen Fällen, in denen 8mal Heilung erzielt wurde. So klein die Zahl der Fälle ist, kann doch aus diesem Materiale ersehen werden, dass die Aussichten der Laparotomie um so besser sind, je früher dieselbe gewagt wird.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

31) **G. H. Hume.** A series of eleven operations for perforated gastric ulcer.
(Lancet 1900. November 10.)

Es wird über 11 wegen perforirten Magengeschwürs operirte Fälle berichtet, von denen 6 geheilt, 5 tödlich ausgegangen sind.

Maßgebend für die Prognose ist vornehmlich die Zeit zwischen Perforation und Operation; so waren 3 von den gestorbenen Patt. erst 43—48, die geheilten 6—28 Stunden nachher operirt.

Nur in einem Falle saß das Geschwür an der hinteren Wand. Die Ränder wurden nicht excidirt, das Loch durch eine doppelte Reihe Lembert-Nähte geschlossen; wenn möglich wurde ein Stück Netz darüber vernäht.

Die Behandlung der Bauchhöhle war im Allgemeinen von ihrem Inhalte abhängig; theils wurde gespült mit nachfolgender Drainage, theils mit Schwämmen trocken gewischt, ohne dann zu drainiren. **F. Kraemer** (Berlin).

32) **C. W. M. Moullin.** Three cases of gastrotomy for haematemesis.
(Lancet 1900. Oktober 20.)

Verf. berichtet über 3 Fälle von durch Operation geheiltem Magengeschwür; er tritt sehr für die Operation ein in Fällen, wo sich starke Blutungen mehrmals wiederholen, und räth, dann frühzeitig einzugreifen.

Nach Incision in der Mittellinie wurde erst die vordere Magenfläche, dann nach Eröffnung des großen Netzes die hintere besichtigt, dann der Magen vertikal eingeschnitten und von hier systematisch, zum Theile mit Hilfe des Speculums, die Schleimhaut abgesucht.

Im Allgemeinen war die Excision des Geschwürs nicht nöthig. In 2 Fällen führte die doppelseitige Unterbindung zur recidivfreien Heilung; in 1 Falle wurde die ganze Dicke der Wand in eine Ligatur genommen und, da keine Verwach-

sungen an der Serosa waren, die geschwürige Partie der Magenwand nach innen vorgestülpt und ein Seidenfaden so fest wie möglich um die Basis des eingestülpten Zipfels geknüpft; dann folgten außen mehrere Lembert-Nähte zur Serosavereinigung. **F. Kraemer** (Berlin).

33) **C. Lauenstein. Hämatemesis 13 Tage nach Operation einer inkarcerirten Nabelhernie.**

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 180.)

34) **A. Dehler. Magenblutung nach Gallenblasenoperation.**

(Ibid. p. 182.)

Beide Autoren theilen, dem Beispiele des Ref. folgend, einen Fall von Magenblutung nach Laparotomie mit, ein Ereignis, auf das bekanntlich v. Eiselsberg das Interesse gelenkt hat.

L.'s Pat. war eine 50jährige, sehr fettreiche Frau mit eingeklemmtem, faustgroßem Nabelbruche, in welchem zahlreiche verwachsene Netzklumpen von der Bruchsackserosa gelöst, übrigens aber nur ein Gefäß mit Katgut unterbunden werden musste. Das 2malige Erbrechen reichlicher Mengen dünnflüssigen Blutes erfolgte erst am 13. Tage und hatte ziemlichen Collaps zu Folge, gegen den Rectalernährung und Kochsalzinfusionen gebraucht wurden. Pat. erholte sich, bekam aber 3 Wochen nach der Operation noch eine linksseitige Parotitis. Diese Nachkrankheit mag auf eine Störung der Wundasepsis beziehbar, der Grund der Magenblutung wird aber wohl in der Lösung der Netzverwachsungen zu suchen sein.

Die D.'sche, von Schönborn in der Würzburger Klinik operirte Pat., 27 Jahre alt, litt an eitriger Cholecystitis mit Cysticusstein. Bei der Operation wurde ein präperitonealer Abscess geöffnet und, nachdem verschiedene dicke Netzstränge zwischen Gallenblase, Leber, Magen und Colon unterbunden und getrennt, auch der Cysticus unterbunden waren, die Gallenblase exstirpirt. Die sehr geschwächte Pat. erlitt am 1. und 2. Tage nach der Operation Magenblutungen. Behandlung nach den Angaben von Kehr, Genesung. Als wahrscheinlichste Erklärung der Magenblutung sieht D. an »eine Infarcirung der Magenschleimhaut mit oberflächlicher Ulceration, verursacht durch das Abbinden der adhärenten Netzstränge«.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

35) **Jacobs. Sténose du pylore par localisation tuberculeuse, Gastro-entérostomie, Guérison.**

(Progrès méd. belg. 1900. Oktober 15.)

Bei einem 17 Jahre alten Mädchen mit tuberkulöser Peritonitis machte J. die Laparotomie. Der Erfolg war ein guter. Aber etwa 1 Jahr später kamen Erscheinungen von Pylorusstenose. J. war genöthigt, die Gastroenterostomie zu machen, worauf die Beschwerden verschwanden. Der Pylorus zeigte eine ringförmige Induration mit Verengerung, welche J. auf Tuberkelwucherungen zurückführt. — Einstweilen Heilung. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

36) **V. Berglund. Ett fall af pylorusstenos efter saltsyreförgiftning. Gastroenterostomi. Helsa.**

(Hygiea Bd. LXII. Hft. 1.)

16jähriger Arbeiter, der aus Versehen einige Züge Salzsäure verschluckte. Sofort nach dem Unfalle wurde Milch in großen Quantitäten gegeben; danach heftiges Erbrechen schwarzgefärbter Massen. Bei der eine Stunde nachher vorgenommenen Ausheberung des Magens blutige Flüssigkeit. Heilung des Magengeschwüres in 12 Tagen, nach welcher Zeit Pat. aus dem Krankenhause entlassen wurde. 3 Wochen später Stenosensymptome, Abmagerung und Gewichtsabnahme. Bei der Laparotomie fand man Verwachsungen zwischen der Bauchwand und vorderen Magenwand, die in der Regio pylorica retrahirt und von geschwulstähnlichen Narben umgeben erschien. Die palpatorische Untersuchung ergab einen normal weiten Pylorus; dagegen fand sich an einer etwa 4 cm links davon gelegenen

Stelle in der Pars pylorica des Magens eine ringförmige Verengerung des Magens, die bei der Einstülpung der Magenwand nur für einen Finger durchgängig war. Gastroenterostomia retrocolica posterior (Prof. Borelius). Heilung. Gewichtszunahme in einem Monate $4^1/_2$ kg.

Der Fall ist desshalb von besonderem Interesse, weil die Verätzung von Anfang an ärztlich behandelt wurde und die Zeit zwischen dem Unfalle und dem Auftreten der Stenosenerscheinungen genau festgestellt werden konnte.

Hansson (Cimbrishamn).

37) **Sorge.** Stenosi pilorica-gastro-digiunostomia alla Doyen.

(Nuova rivista clin.-terapeut. 1900. No. 9.)

Die Stenose des Pylorus mit nachfolgender hochgradiger Dilatation war hervorgerufen durch eine Geschwulst an der Hinterwand des Antr. pyl., wahrscheinlich Geschwür. Verf. führte mit bestem Erfolge die Gastroenterostomie nach der einen Doyen'schen Methode aus: Versenkung des Netzes in die Bursa omentalis, Anastomosenbildung an der Vorderwand mit Verengerung des Darmes in der Längsrichtung zur Herstellung einer Klappe. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

40) **Martens.** Zur Kenntnis der Darmverschließungen und -Verengerungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 1.)

M. publicirt aus der Berliner Charité 2 sehr interessante und seltene Beobachtungen, deren anatomische Präparate bereits auf dem Chirurgenkongresse kurz demonstrirt sind. Fall 1 ist kongenitalen Ursprunges. Das 6 Tage alte, männliche, übrigens normal gebildete und ausgetragene Kind wurde wegen fehlender Meconiumentleerung und beständigen Erbrechens, seit 1 Tage verbunden mit Leibesauftreibung, laparotomirt. Befund: ausgedehnte Dünndarmverwachsungen. Ca. 15 cm oberhalb der Valv. Bauhini endet der ziemlich stark aufgeblähte Dünndarm anscheinend blindsackförmig, es folgt etwa 2 cm weit ein anscheinender Darmdefekt, wo nur freier verdickter Mesenterialrand fühlbar scheint, sodann bis zu dem zwar kollabirten, aber sonst normalen Blinddarm ein Stück höchstgradig verdünnten und verengten Ileums. Es wurde ein Kunstafter gemacht, doch trat bald der Tod an Schwäche ein. Die Befunde der sehr sorgfältig ausgeführten anatomischen Untersuchungen (s. Original), namentlich Narben- und Granulationsgewebe an der blindsackartigen Stelle, zeigen, dass der bereits ausgebildete Darm prägenital einen schweren pathologischen Process durchgemacht haben muss, dessen Resultat die Atresie war. Vielleicht handelte es sich um eine Achsendrehung im Zusammenhange mit dem Ductus omphalo-mesentericus. — Angeborene Darmatresien sind bereits mehrfach operativen Heilversuchen unterzogen, allerdings bisher noch stets ohne Erfolg. — Dessungeachtet bleibt die Operation der einzige mögliche Weg, Kinder mit dieser Missbildung vielleicht zu erhalten.

Fall 2 betrifft ein 19jähriges Mädchen, das seit 6 Monaten stetig zunehmende typische Zeichen einer tiefen Dünndarmstriktur aufgewiesen hatte. Bei der Laparotomie findet sich das Ileum dicht über der Dickdarmklappe 35—40 cm lang stark verengt. Nachdem oberhalb der Enge aus dem erweiterten Darme durch Incision ca. 3 Liter kothiger Flüssigkeit entleert, Darmresektion und Naht. Tod in der folgenden Nacht. Das Operationspräparat zeigt sehr eigenthümliche Veränderungen: der Gekrösansatz ist narbig verkürzt, wie »gerefft«, wodurch Falten und Stränge in ihm entstanden sind. Der veränderte Darm selbst, im Ganzen auf die Dicke eines Daumens verengt, zeigt mannigfache Einschnürungen, wechselnd mit Ausbuchtungen, seine Lichtung ist vielfach gedreht und geschlängelt, was auf einer ausgedehnten und verworrenen Faltung der hypertrophischen Darmwände beruht. Wie polypöse Wucherungen legen sich diese Faltungen an und zwischen einander, einen freien Spalt oder Lichtung kaum mehr übrig lassend. Dabei fanden sich keine Ulcerationen bezw. Spuren von Tuberkulose oder Lues, wohl aber Residuen allgemeiner Peritonitis. Analoga für diesen Fall hat M. nicht gefunden. Nur ein von Friedrich ebenfalls auf dem Kongresse demonstrirtes Präparat (s. d. Bl. Kongressbericht p. 101) zeigte ähnliche Gekrösschrumpfungen

und Darmfaltungen, ausgehend von einem Syphilom. — 3 Figuren erläutern die anatomischen Präparate. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

39) **Riese.** Ein Fall von Striktur des Colon transversum.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 44.)

Eine 59jährige Frau, die vor 10 Jahren angeblich Typhus überstanden, erkrankt unter Ileuserscheinung. Es fand sich eine Striktur an der Flexura lienalis, die auf einer Typhusgeschwürsnarbe entstanden war. **Borchard** (Posen).

40) **Bier.** Darmverstopfung durch eine Mullkompresse.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 42.)

Eine 26jährige Frau, die vor ca. 5 Monaten wegen geplatzter Tubarschwangerschaft laparotomirt war. 14 Tage später Abscessbildung, der sich theils durch den unteren Wundwinkel, theils durch den Mastdarm entleerte, bald danach Stenosenerscheinungen, die sich allmählich zum Ileus steigerten. Desshalb Laparotomie, bei der sich eine große, in entzündliche Verwachsungen eingebettete Darmgeschwulst zeigte, die sich als eine 1 m lange, $1/2$ m breite Mullkompresse erwies. Heilung. **Borchard** (Posen).

41) **Gérard-Marchant.** Note sur les rétrécissements inflammatoires du caecum, à propos d'une observation du Dr. Demoulin.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 651.)

G.-M. berichtet über 3 Fälle von narbiger Verengerung des Blinddarmes, in welchen die mikroskopische Untersuchung der Präparate nur chronisch entzündliche Vorgänge, aber nicht tuberkulöser Natur, mit starker Bindegewebswucherung und Hypertrophie der Muskulatur nachwies, Carcinom sich sicher ausschließen ließ, obwohl die Gewebsmasse makroskopisch eine Geschwulst darstellte. Der eine Fall wurde von Demoulin, der zweite von Hartmann, der dritte von G.-M. selbst beobachtet. Das Detail der Fälle muss im Originale nachgelesen werden. **Reichel** (Chemnitz).

42) **A. Zimmermann.** Über Operationen und Erfolge der Dickdarmresektion wegen Carcinom.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVIII,2. p. 303.)

Verf. schildert eingehend die Technik und die Resultate der in der Krönlein'schen Klinik wegen Carcinom ausgeführten Resektionen am Blind- und Dickdarme. Unter 36, von 1881—1900 aufgenommenen Fällen von Dickdarmkrebs ist bei 12 eine radikale Operation unternommen worden, und zwar 6mal am Blinddarme, 1mal am Colon descendens, 5mal an der Flexur. Die Vereinigung der zurückbleibenden Darmstücke erfolgte bei den Resektionen des Blinddarmes in einem Falle Ende zu Ende, 3mal durch Einpflanzung des Dünndarmes seitlich in den Blinddarm, 2mal durch seitliche Enteroanastomose. Bei den übrigen Fällen fand stets eine direkte Vereinigung Ende zu Ende statt. 6 der Pat. sind im Gefolge der Operation gestorben; von den anderen 6 ging einer an Marasmus zu Grunde, 5 leben ohne Recidiv, und zwar beträgt die Heilungsdauer 5 Monate, $5^1/_2$ Monate, $1^3/_4$ Jahre, $2^1/_2$ Jahre und 14 Jahre. Trotz der hohen Sterblichkeit ist, wie Verf. hervorhebt, die Operation doch als eine dankbare zu bezeichnen. **Honsell** (Tübingen).

43) **P. Meisel.** Über Analfisteln mit epithelialer Auskleidung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVIII,2. p. 293.)

Verf. theilt 2 Fälle kompleter Analfisteln mit, bei welchen die Gänge bis auf ein kurzes, nach der äußeren Mündung zu gelegenes Stück mit Epithel ausgekleidet waren und außerdem jeweils am Grunde des Epithelschlauches Fruchtkerne bargen. Nach dem mikroskopischen Befunde handelte es sich in einem Falle wohl um ein Pulsionsdivertikel einer Morgagni'schen Tasche; im anderen,

in dem die innere Mündung des Kanales völlig außerhalb des Schleimmuskelringes lag, blieb nur die Annahme eines angeborenen analen Divertikels übrig. In beiden Beobachtungen mussten anfänglich Blindsäcke bestanden haben, die Perforation derselben nach der äußeren Haut zu war vermuthlich durch den Reiz der Fremdkörper (Fruchtkerne) erfolgt. **Honsell** (Tübingen).

44) **W. W. Ford.** Sarcoma and cirrhosis of the liver.

(American medical journal 1900. Oktober.)

Während die Kombination von Lebercirrhose mit primärem Carcinom des Organs eine zwar selten, aber doch schon mehrfach beobachtete ist, konnte F. für den von ihm beobachteten Befund kein Analogon in der Litteratur finden.

Dieser Befund wurde bei der Obduktion eines 59jährigen Potator strenuus erhoben. Derselbe wurde unter den Erscheinungen einer Lebercirrhose mit Ascites und linksseitiger Hemiplegie eingeliefert und starb bereits am 2. Tage des Krankenhausaufenthaltes.

Die Sektion ergab neben Hypostase in beiden Lungen, Kongestion von Kehlkopf und Luftröhre und Stenose der Mitralis Cirrhose der Leber nebst einem gemischtzelligen Sarkom des rechten Leberlappens und metastatischen Knötchen in Netz, Gekröse und Bauchfell. Außerdem Thrombose der linken Arteria fossae Sylvii.

Da alle übrigen Organe frei von Geschwulstbildung waren, so musste das Lebersarkom als primäre Geschwulst angesprochen werden.

R. v. Hippel (Dresden).

45) **J. H. Bryant.** Two cases of acute haemorrhagic pancreatitis.

(Lancet 1900. November 10.)

Verf. giebt die ausführlichen Krankengeschichten zweier Fälle von operativer hämorrhagischer Pankreasentzündung. Bei der Sektion zeigte der eine Fall außer Pankreasnekrose auch typische Nekrose des mediastinalen und perikardialen Fettes. In beiden Fällen zeigte sich bei der Operation die Bauchhöhle durch große Mengen gallig gefärbter seröser Flüssigkeit mit Fetttheilchen ausgefüllt. Hervorzuheben ist noch, dass neben den üblichen Veränderungen des Pankreas die Sektion Veränderung der Gallenblase und -Gänge mit Steinbildung ergab, so dass der ätiologische Zusammenhang beider Erkrankungen, wie schon wiederholt beschrieben, erwogen wird, mit besonderer Berücksichtigung des Bact. coli commune. Bei der Operation wurde die Bauchhöhle mit heißer Kochsalzlösung ausgespült und dann drainirt und geschlossen; beide Fälle endigten nach wenigen Tagen tödlich.

F. Kraemer (Berlin).

46) **E. Lexer.** Operation einer fötalen Inklusion der Bauchhöhle.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 2.)

Der Fall betrifft ein 7 Wochen altes Mädchen, das L. wegen einer Bauchgeschwulst operirte. Die Geschwulst war eine unvollkommene fötale Anlage mit guter Ausbildung der Kopfanlage. Im Übrigen trug sie den Charakter einer teratoiden Mischgeschwulst mit verschiedenartigen Geweben und einer Andeutung des Darmkanals und der Athmungsorgane. Die Lage der Geschwulst bestätigt die in einer früheren Arbeit des Verf.s geäußerte Ansicht, dass diejenigen teratoiden Mischgeschwülste und echten Inklusionen, die ins rechte Oberbauchcolon gerathen und hier an einer Stelle des Mesogastrium anterius zwischen Magen und Leber befestigt sind, sich im Bereiche der Bursa epiploica entwickeln müssen. Die Erklärung der Entwicklung der Geschwulst und ihrer makroskopischen wie mikroskopischen Beschaffenheit ist recht interessant, das beigegebene Bild ist ebenfalls sehr instruktiv. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 3. **Sonnabend, den 19. Januar.** **1901.**

I.

(Aus der chirurgischen Abtheilung des St. Marienhospitals in Bonn. Leiter: Herr Professor Witzel.)

Wie erreicht man am besten ein tiefes, regelmäfsiges und ruhiges Athmen zu Beginn der Narkose?

Von

Dr. C. Hofmann.

Wenn die Narkosenfrage immer wieder Gegenstand der Erörterung wird, und wenn immer wieder persönliche Erfahrungen und Anschauungen von den Einzelnen mitgetheilt werden, so hat dies seinen guten Grund einmal in der allgemeinen Wichtigkeit der ganzen Sache, sodann aber auch in dem Umstande, dass über specielle Fragen keineswegs die gleiche Auffassung herrscht. Zur Klärung der Art und Weise der Darreichung besonders des Chloroforms hat

die Ventilation der Frage in den letzten Jahren wesentlich beigetragen, und es dürfte heute die Tropfmethode wohl allgemeine Anerkennung gefunden haben; ja es ist sogar in sehr scharfsinniger Weise mit Hilfe von exakt gehenden Apparaten (Geppert) in dankenswerther Weise der Versuch gemacht worden, einen ganz gleichmäßigen Strom von Chloroformdämpfen dem zu Betäubenden zuzuführen.

Dieses Bestreben beruht auf der richtigen, auch schon bei dem gleichmäßigen Auftropfen praktisch mehr oder minder zur Geltung kommenden Erkenntnis, dass es für eine gute Narkose nothwendig ist, nicht schubweise, womöglich unter Beeinflussung des Luftzutritts im Übermaß das Narkoticum zuzuführen — das abschreckendste Beispiel hierfür ist die Äthererstickungsmethode — sondern stetig und in gleichmäßiger Mischung die Narkotisirungsdämpfe mit der Luft einathmen zu lassen. Diese Methode ist von der Äthererstickungsmethode dadurch principiell verschieden, dass sie nicht etwa das Einathmen der Luft durch koncentrirte Ätherdämpfe stark vermindert oder fast ausschließt — glücklicherweise legen sich die Masken nie so luftdicht aufs Gesicht auf, dass sie den Luftzutritt ganz verhinderten und nun in der That eine wirkliche Erstickung herbeiführten — sondern sogar erst recht neben einem geringen Gehalte an Narkotisirungsdämpfen atmosphärische Luft zutreten lässt.

Vollkommen würde die Methode nach dieser Richtung hin sein, wenn es möglich wäre, dieses konstante Gemisch von Luft und Chloroformdämpfen nicht nur bis zum Anfange des Respirationstractus — Mund und Nase — zu führen, sondern auch wirklich den Lungen im Gleichstrome einzuverleiben. Leider ist dies aber nicht zu erreichen, da man an diesem Punkte auf die individuelle Mitwirkung des Pat. angewiesen ist. Athmet derselbe in seiner immerhin begreiflichen Erregung, in die ihn die bevorstehende Operation versetzt hat, nur sehr oberflächlich, unregelmäßig, sich mehr oder weniger gegen die Einathmung des Narkoticums sträubend, dann wird in der Zeiteinheit nicht gleich viel Narkoticum eingeathmet, und in den Athmungspausen, um einmal so zu sagen, verdunstet einfach das aufgetropfte oder sonst zugeführte Narkoticum in den freien Raum. Das Endresultat ist dann: wir wissen wohl, wie viel vom Narkoticum am Schlusse verbraucht, aber nicht, wie viel wirklich den Lungen bezw. dem Blute zugeführt worden ist.

Um trotzdem den Zweck der möglichst gleichmäßigen Aufnahme des Narkoticums zu erreichen, müssen wir also persönlich auf den Pat. bezw. auf seine Athmung einwirken; sie regelmäßig, tief, gleichmäßig und ruhig zu gestalten, ist unsere Aufgabe. Wie erreichen wir dies?

Das einfache, beruhigende Zureden nützt zwar schon sehr viel, wie ich mich oft habe überzeugen können; lässt man dann noch in der üblichen Weise langsam und laut zählen, dann erreicht man wohl bei verständigen und nicht zu aufgeregten Personen seinen

Zweck. Oft versagen diese Mittel aber, und zwar kommt dies daher, dass das einfache Vorwärtszählen, selbst größeren Kindern schon, so in die Gewohnheit übergegangen ist, dass eine wirksame Ablenkung nicht eintritt. Ein ängstlicher Pat. zählt sehr rasch meinetwegen die Zahlen von 1—10 und weiter herunter, holt eben ganz flüchtig und oberflächlich Luft und nimmt nun das Herunterplappern der weiteren Zahlen wieder auf; dass dabei eine Athmung, wie wir sie für die Einleitung einer guten Narkose wünschen und gebrauchen, nicht zu Stande kommen kann, liegt auf der Hand. Lässt man nicht zählen, so liegen die Verhältnisse noch ungünstiger.

Nach vielen Versuchen bin ich auf ein sehr einfaches — für Manchen vielleicht auf den ersten Blick zu einfaches — aber sehr wirksames Auskunftsmittel gekommen; ich lasse rückwärts zählen und zwar mit einer mindestens dreistelligen Zahlenreihe beginnend, etwa von 200 abwärts. Dadurch erreicht man, schon weil die größere Zahl schwieriger auszusprechen ist und längere Zeit beansprucht, dass zwischen jeder Zahl geathmet wird; fordert man noch den Kranken auf, recht langsam zu zählen, eine Forderung, die in der Schwierigkeit des Rückwärtszählens überhaupt eine natürliche Unterstützung findet, so kann der Pat. nicht anders als jedes Mal Luft zu holen. Daneben verlangt das ungewohnte Rückwärtszählen eine solche Koncentration der Gedanken, dass bei dem Pat. eine außerordentlich wirksame Ablenkung von der bevorstehenden Operation und somit eine vorzügliche Gemüthsruhe — besonders bei Patientinnen nicht zu unterschätzen — bewirkt wird. Diese Ruhe beeinflusst ihrerseits wiederum aufs allergünstigste die Regelmäßigkeit und Tiefe der Athemzüge, die Vorbedingung für die gleichmäßige, ununterbrochene Einverleibung des Narkoticums.

Man könnte einwenden, dass man sehr aufgeregte Individuen überhaupt nicht dazu bringt, zu zählen. Gewisse Geduld und geschicktes Zureden von Seiten des Narkotiseurs versagen hier nach unserer Erfahrung nie. Ich glaube sogar eine größere Bereitwilligkeit für das Rückwärtszählen — offenbar wirkt hier der Reiz des Ungewöhnlichen mit — als für das gewöhnliche Zählen bemerkt zu haben.

Es hieße nun den aus dem beschriebenen Modus hervorgegangenen Vortheil aufs Spiel setzen, wenn man ihm die Art der Darreichung des Narkoticums nicht anpassen würde. Ein rasches, unsanftes Aufdrücken der mit Äther oder Chloroform vollgegossenen Maske würde sich mit der bisher ruhigen Art der Einleitung der Narkose nicht vertragen; das Zählen würde unterbrochen werden, bei Verwendung von Äther würde Husten entstehen, Unruhe, Anhalten des Athems, Klagen über den scheußlichen Geruch des Chloroforms bei Verwendung desselben etc. Eine wirklich ruhige Narkose käme nicht zu Stande.

Lässt man dagegen zuerst $^1/_2$ bis 1 Minute zählen, ohne einen Tropfen auf die bereits aufs Gesicht gelegte Maske zu geben, und

fängt dann an, vorsichtig einen Tropfen nach dem anderen mit allmählich etwas zunehmender Geschwindigkeit auftropfen zu lassen, dann wird der Übergang vom Einathmen reiner Luft zum Einathmen von Luft und Narkoticum entweder vom Pat. gar nicht bemerkt oder wenigstens nicht unangenehm empfunden.

Mit dem Schwinden des Bewusstseins wird die Athmung natürlicherweise auch sonst ruhig und gleichmäßig, und selbst ein sehr kleiner, frequenter Puls bessert sich bei Eintritt der Narkose oft in überraschender Weise; aber gerade dieses Verhalten legt uns erst recht die Pflicht auf, in dem vorausgehenden Stadium, demjenigen der Einleitung der Narkose, auf künstliche Weise die Athmung und mit ihr auch den Puls ähnlich und somit günstig zu gestalten.

Ob man nun Äther oder Chloroform verwendet, der günstige Einfluss dieser sachgemäßen Einleitung der Narkose auf den ganzen weiteren Verlauf wird nicht ausbleiben. Aus dem oben Gesagten geht schon hervor, dass die Äthererstickungsmethode sich nicht damit verträgt. Für die Anhänger des Äthers füge ich aber hinzu, dass seit etwa 3 Jahren in den von Herrn Prof. Witzel geleiteten Krankenhausabtheilungen ausschließlich Äthernarkosen nach der Tropfmethode bei Gebrauch der gewöhnlichen Esmarch'schen Maske, die mit einer mehrfachen Gazelage überzogen ist, ausgeführt werden. Schwächliche Frauen und Kinder lassen sich mit Leichtigkeit durch wenige Gramm Äther auf diese Weise betäuben, aber auch kräftige Pat., selbst die größten Potatoren, haben eine ruhige Narkose, wenn man ihnen 1 Stunde vor Beginn der Betäubung 0,01—0,02 Morph. mur. subkutan eingespritzt hat. Die Größe der Morphiumgabe ist dem Individuum anzupassen, wie man überhaupt bei der Narkose individualisiren muss.

Wenn wir auch nach unseren Erfahrungen sagen können, dass bei dieser Art der Narkose die Betäubung um so rascher eintritt und um so besser wird, je geringer der Ätherverbrauch (vor Allem am Anfange der Narkose) ist, so liegt es doch auf der Hand, dass man z. B. zur Betäubung eines kräftigen Mannes weit mehr Äther gebraucht als zu der einer jungen Dame. Hier kann der Narkotiseur beweisen, dass er nicht nur die Technik der Narkose im Allgemeinen beherrscht, sondern auch individuell abzuwägen versteht. Dies setzt voraus, dass er sehr viele Narkosen mit angesehen hat, dass er, um einmal so zu sagen, die Kunst des Narkotisirens sich angeeignet hat, bevor er sie selbständig ausübt. Witzel (Deutsche med. Wochenschr. 1893) hat schon in seiner damaligen Arbeit über Chloroformnarkose neben anderen, allgemein beherzigenswerthen Forderungen die Ansicht vertreten, dass man die Narkose nur einem geschulten Assistenten anvertrauen könne. Der beste Assistent, könnte man fast sagen, ist für die Narkose eben gerade gut genug.

II.

Ein neues Verfahren der Doppellappenbildung für Wangenplastik.

Von

Dr. **Friedrich Neugebauer,** Primärarzt in Mährisch-Ostrau.

Mit Hilfe der Krause'schen Methode der Transplantation ungestielter Hautlappen aus der ganzen Hautdicke ohne Unterhautfettgewebe kann man bei Wangendefekten, welche den Ersatz sowohl der Schleimhaut als der Haut fordern, Doppellappen bilden, welche Beides auf einmal ersetzen. Man umschneidet in der Umgebung des Defektes einen entsprechend geformten Hautlappen. Derselbe wird mit dem Fette von der Unterlage abgelöst, verbleibt aber an der dem Defekte zugewandten Seite mit einem breiten Rande, welcher unter allen Umständen die Ernährung sichert, im Zusammenhange mit dem Mutterboden. Auf die Wundfläche dieses Lappens wird ein nach Krause gebildeter von gleicher Größe aufgelegt und durch wenige feine Nähte befestigt. Die lang gelassenen Fäden dieser Nähte können auch als Zügel verwendet werden, um den Doppellappen während der Dauer der Anheilung ausgespannt zu erhalten. Nach erfolgter Anheilung wird derselbe breit gestielt und ohne Drehung des Stieles in den angefrischten Wangendefekt geschlagen. Der Krause'sche Lappen kommt an die Haut, der andere an die Schleimhaut zu liegen.

Als Vortheil dieses Verfahrens erscheint mir vor Allem eine geringere Entstellung durch Narben im Bereiche der Hals- und Gesichtshaut als bei denjenigen Methoden, bei welchen zwei Lappen, der eine für die Schleimhaut, der andere für die Haut oder ein sehr langer zu faltender, genommen werden müssen; ferner, dass der Operateur nach Belieben und Bedürfnis an Haaren arme oder behaarte Haut verwenden kann. Die Erhaltung des Krause'schen Lappens selbst ist für den mit der Methode Vertrauten unter diesen Umständen (frische Wundfläche, gute Ernährungsverhältnisse der Hals-, Stirn- oder Wangenhaut) unschwierig und außer Frage. Da auch jegliche Drehung des Stieles aus dem Spiele bleibt, der Stiel sehr breit genommen werden kann, scheint auch in der Sicherheit der Ernährung anders gebildeten Doppellappen gegenüber ein Vorzug zu liegen.

Das umgekehrte Vorgehen, Einheilung eines mit der Epithelseite mundwärts gekehrten Lappens und sekundäre Aufpflanzung eines Krause'schen, wie es von H. Wagner[1] mitgetheilt wurde, gefährdet die Überpflanzung durch die event. Nähe des Mundes und theilt

[1] Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIV. p. 25.

mit dem beschriebenen nicht den Vortheil, welchen eine frischgesetzte Wunde für die Anheilung bietet.

Einpflanzungen eines auf der Wundseite bekleideten, gestielten Lappens waren von Thiersch[2] und Wölfler[3] zur Wangenbildung ausgeführt worden. Ersterer führte die Bedeckung mit dem nach ihm benannten Läppchen, Letzterer mit der Magen- und Speiseröhrenschleimhaut des Kaninchens aus. Dieser Lappen nach Thiersch schrumpfte stark. Vor dem Wölfler'schen Schleimhautverfahren hat das beschriebene wohl nur den Vorzug der Autoplastik.

Besonders geeignet zur Erprobung dieses Doppellappens erschien mir ein lochförmiger Wangendefekt nach Noma in der Nähe des Mundwinkels bei einem 5jährigeu Mädchen. Alles ging nach Wunsch, obwohl der der Halshaut entnommene Lappen dem herabrinnenden Speichel ausgesetzt war. Nach 13 Tagen wurde der Doppellappen ins Wangenloch eingepflanzt. Künftig würde ich in ähnlichen Fällen den Lappen von oben herabschlagen, während zur vorbereitenden Operation z. B. für die Wangencarcinome das größere Flächen bietende Feld der Submaxillar- und Halshaut ohne solche Gefährdung herangezogen werden könnte.

Die Schrumpfung war nicht größer, als man im Allgemeinen bei Hautlappenplastiken in Kauf zu nehmen hat. Einrollung wurde nicht beobachtet.

Mit dem Krause'schen Lappen werden nach den Untersuchungen von Krause[4], A. Henle und H. Wagner[5], W. Braun[6] das elastische und Bindegewebe der Cutis, die tiefen Schichten des Epithels und ein großer Theil der Haarwurzeln zur Anheilung gebracht. Das Nachwachsen des fehlenden Fettes wurde mehrfach bestätigt. Die Schrumpfung ist zweifellos viel geringer als nach Thiersch'scher Transplantation; denn eine Narbenbildung findet nur an der Randzone statt.

Diese Eigenschaften des Krause'schen Lappens, sich von einem gestielten funktionell nicht wesentlich zu unterscheiden, sind eine Bürgschaft für die Eignung solcher Doppellappen zu den verschiedensten plastischen Zwecken.

---

[2] Kongressbericht 1886.
[3] Kongressbericht 1888.
[4] Kongressbericht 1893.
[5] Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIV.
[6] Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXV.

III.

(Aus der chirurg. Klinik des Hofrathes Prof. Rydygier in Lemberg.)

Über das Sterilisiren der Seidenkatheter.

Von

Dr. M. W. Herman,

Assistent an obiger Klinik.

Eine sichere und bequeme Sterilisationsmethode, die überall und bei allen Arten von Kathetern leicht durchzuführen wäre, soll noch immer gefunden werden. Bei der ungemein großen praktischen Wichtigkeit der Sache verlohnt es sich gewiss, danach zu suchen.

Metall- und Nélatonkatheter lassen sich am sichersten und bequemsten durch Auskochen sterilisiren. Diese Methode lässt sich leider nicht bei den seidenen Kathetern anwenden, die doch in gewissen Fällen uns speciell große Dienste erweisen. Schon nach 3—4-maligem Auskochen wird ihre Oberfläche rauh und von Sprüngen durchsetzt. Die Katheter werden vollständig unbrauchbar.

Mit der Lösung dieser Frage beschäftigt, versuchte ich, nach vielen anderen Versuchen, die Seidenkatheter in einer gesättigten Ammonium sulfuricum-Lösung auszukochen. Ich verfiel gerade auf diese Flüssigkeit, weil sie unlängst von Elsberg aus New York in diesem Centralblatte[1] zum Auskochen von Katgut empfohlen wurde.

Bei meinen Versuchen gelangte ich zu nachfolgenden Schlüssen:

1. Die Seidenkatheter vertragen ein selbst mehrstündiges ununterbrochenes Kochen in dieser Lösung sehr gut. So z. B. behielten sie nach 5stündigem Kochen in dieser Lösung ihre Außen- und Innenfläche vollständig glatt und glänzend, wurden nicht steif, sondern im Gegentheil noch elastischer.

2. Auch beim häufigeren Auskochen nach wiederholtem Gebrauche bei verschiedenen Pat. blieben sie vollständig unverändert und brauchbar.

3. Selbst sehr stark verunreinigte Katheter werden, wenn man sie 3—5 Minuten in einer siedenden Ammonium sulfuricum-Lösung belässt, sicher und vollkommen sterilisirt.

4. Sie können direkt aus der Lösung ohne vorheriges Abwaschen nach Bestreichen mit Vaseline zum Katheterismus verwendet werden. Wir haben niemals bei unseren Pat. auch nach längerem Gebrauche eine Reizung der Harnröhre beobachtet, die man der nachtheiligen Wirkung der Ammonium-Lösung hätte zuschreiben können.

5. In derselben Lösung kann man mit gleichem Erfolge Nélatonkatheter, elastische Sonden, Sondes à boule, Bougies filiformes und dergl. auskochen.

---

1) 1900 Nr. 21.

Für die Praxis ist diese Methode die denkbar einfachste und am leichtesten auszuführen. In einer etwa 40 cm langen, 8—10 cm breiten und 5—6 cm tiefen kleinen emaillirten Blechwanne wird die Lösung durch jede beliebige Spirituslampe zum Sieden gebracht und darin die jedes Mal nöthigen Katheter ausgekocht. Diese kleine Blechwanne kann zugleich als Behälter zum Mitnehmen der Katheter auf die Praxis dienen.

Keine der bisher für die Seidenkatheter angegebenen Sterilisationsmethoden vereinigt in sich so vollkommen die beiden Vorzüge: Einfachheit in der Anwendung und Sicherheit des Erfolges.

Um das Auskochen noch einfacher zu gestalten, d. h. im gewöhnlichen Wasser zu ermöglichen, habe ich bei einer der besten diesbezüglichen Fabriken angefragt, ob es nicht möglich wäre, das Ammonium sulfuricum sogleich bei der Fabrikation der Masse, die zum Überzuge verwendet wird, zuzusetzen. Nachfolgende Versuche mit so hergestellten Kathetern müssten feststellen, ob dann die Oberfläche beim Kochen im gewöhnlichen Wasser glatt bleibt. Ich habe die versprochenen so präparirten Katheter noch nicht zu weiteren Versuchen erhalten.

---

1) **M. Gerulanos.** Lungenkomplikationen nach operativen Eingriffen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 361.)

G. unterzieht in seinem lesenswerthen Aufsatze die Lungenkomplikationen nach operativen Eingriffen einer allgemeinen Besprechung. Die Wichtigkeit des Gegenstandes erhellt aus der Thatsache, dass von 95 Todesfällen der chirurgischen Klinik in Kiel vom Jahre 1899 18 von einer Lungenaffektion begleitet waren. Ätiologisch kommt zunächst die Narkose in Betracht. Der Äther kann durch Anregung übermäßiger Schleimsekretion im Munde, Rachen und in den Luftwegen, dann aber auch durch toxische, reizende Wirkung seiner Dämpfe auf die Lungen selbst, ferner durch paralysirende Wirkung auf Herz, Gaumensegel, Zunge und Kehldeckel von direktem oder indirektem Schaden sein. Als vermittelndes Moment für die Lungenerkrankungen (Bronchitiden, lobuläre und lobäre Pneumonien) scheint dann häufig die Aspiration von Mundsekret hinzuzutreten. Bei der Chloroformnarkose liegen die Verhältnisse ähnlich, nur dass hier die übermäßige Schleimsekretion nicht statthat. Aber auch nach Operationen unter Infiltrationsanästhesie sind Lungenerkrankungen keineswegs selten, und scheint hier besonders die Hypostase von ursächlicher Wichtigkeit zu sein. Herzschwäche und ungenügende Athmungsbewegungen kommen dabei in Betracht, Dinge, die vielleicht durch die große psychische Erregung bei Operationen unter völligem Bewusstsein befördert werden. Völlig klar als durch Aspirationen entstanden sind die »Schluckpneumonien« oder Gangrän etc. im Gefolge von Kothbrechen oder nach Aspirationen septischen (Carcinom

etc.) Materiales, während eine andere Gruppe pneumonischer Affektionen auf embolischem Wege entsteht. Die Embolie kapillärer, unter Umständen septischer Thromben ist bekannt nach Bauchoperationen, auch schon nach einfachen Darmeinklemmungen vorkommend, während die Loslösung großer Venenthromben nach Bauchoperationen in der Nachbarschaft großer Venengeflechte, wie bei Uterusmyomen, Varicocele, Hämorrhoiden, ein nicht seltenes Unglück ist. Auch nach Kopfoperationen sind embolische Lungenaffektionen nicht rar (ob wegen der Klappenlosigkeit der Venen in dieser Region?). Schließlich ist auch anzunehmen, dass häufig Abkühlungen des Pat. gelegentlich der Operation die Bronchial- oder Lungenaffektion zu veranlassen scheint, und dass auch der psychischen Aufregung bei derselben eine schädliche Nachwirkung auf das Athmungsnoxum zuzuschreiben ist.

Von Interesse sind G.'s therapeutische bezw. prophylaktische Rathschläge. Mit Narkosen sei man thunlichst sparsam und gebe dem Chloroform den Vorzug vor dem Äther. Während bei Laparotomien am Darme gearbeitet wird, kann die Narkose ausgesetzt werden. Zur Vermeidung von Aspiration von Mundsekret Tieflagerung des Kopfes. Vorher ist Reinigung von Mund und Zähnen zu rathen, eben so wie (besonders vor Laparotomien) eine Magenausspülung. Zur Verhütung der Hypostase muss der Pat. nach der Operation zu tiefem Athmen angehalten, muss seine Körperlage öfter gewechselt werden. Brust und Bauch beengende Verbände sollen vermieden, gut genähte Bauchschnitte nur mit Pflaster gedeckt werden. Zur Vermeidung von luftbeengender Darmaufblähung hüte man sich nach Bauchoperationen vor Opium, statt dessen vielmehr eine Abführung (etwa Injektion eines aperitiven Salzes mit feiner Kanüle in Darm) den Vorzug verdient. Von inneren Medikamenten sind Morphium zur Bekämpfung etwaiger die Athembewegung erschwerender Schmerzen, ferner die Expectorantia und Herztonica von Wichtigkeit (Benzol, Digitalis, Kampher). Schließlich ist unnütze Abkühlung der Kranken zu vermeiden und namentlich hinsichtlich des Bades unmittelbar vor den Operationen Vorsicht geboten. (Der Vollständigkeit halber hätte Verf. auch die bekannten Gefahren der Narkosen bei künstlichem Lichte erwähnen können. Auch hätte auf die verhältnismäßige Häufigkeit und Wichtigkeit der rechtsseitigen Unterlappenpneumonie nach Operationen an Leber und Gallenwegen hingewiesen werden können, die Kehr hervorhob und die auch ich mehrmals sah. Kehr vermuthet ganz plausibel eine direkte Mikroorganismeninvasion durch die Lymphstomata des Zwerchfelles. S. dessen Volkmann-Vortrag No. 225, p. 1155.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

2) **G. Seitz** (Konstanz). Die zahnärztliche Narkose. Ein Leitfaden für praktische Zahnärzte und Studirende der Zahnheilkunde.

Leipzig, **Arthur Felix**, 1900.

Verf. verfolgt mit seiner außerordentlich fleißigen Arbeit den ausgesprochenen Zweck, die Chloroformnarkose, »diese gefährlichste, zugleich aber auch verbreitetste aller Zwangsvergiftungen«, aus dem zahnärztlichen Operationszimmer zu verdrängen und dafür die Äthylchloridnarkose in dasselbe einzuführen. Die Technik und Symptomatologie der Äthylchloridnarkose wird daher besonders eingehend behandelt. Leider ist die Statistik der Äthylchloridnarkose (auf 3000 Fälle ein Todesfall an Synkope) nicht viel besser, wie die des Chloroforms, so dass den theoretischen Erwägungen zu Gunsten des Äthylchlorids das ausreichende Beweismaterial fehlt. Wenn daher der Standpunkt des Verf., dass für zahnärztliche Operationen die Gefährlichkeit des Chloroforms in keinem Verhältnisse steht zu dem erstrebten Zwecke, durchaus gebilligt werden muss, so wird andererseits kein Zahnarzt Angesichts der wenig ermuthigenden Statistik und der völlig unzulänglichen Erfahrungen mit Äthylchlorid es unternehmen, die altbewährten Anästhetica zum Zwecke der schmerzlosen Zahnextraktion aufzugeben. Nach Ansicht des Ref. ist die zahnärztliche Narkose möglichst einzuschränken und durch örtliche Betäubung zu ersetzen. Ist die Narkose unvermeidlich, so besitzen wir in dem Stickstoffoxydul und in dem Äther die zur Zeit besten und relativ ungefährlichsten Betäubungsmittel. Für Extraktionen von 1—2 Zähnen genügt stets das Stickstoffoxydul, für alle größeren Operationen ist eine kurze, also höchstens 15—20 Minuten dauernde Äthernarkose, vorausgesetzt, dass die Ätherdämpfe nicht zu koncentrirt (nicht über 8%) verabreicht werden, nach den langjährigen Erfahrungen des Ref. die beste und gefahrloseste Narkose, die wir besitzen. So lange nicht das von allen Zahnärzten mit Sehnsucht erwartete ideale Narkoticum gefunden wird, ist für den Praktiker kein Grund vorhanden, diese beiden bewährten Betäubungsmittel zu verlassen. **Boennecken** (Prag).

---

3) **F. Engelmann.** Ersatz des Cocains durch Eucain B bei der Bier'schen Cocainisirung des Rückenmarkes. (Aus der Kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Bonn.)

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 44.)

E. hat an sich selbst den Werth des Eucains B bei Injektion von 0,01 des Mittels in den Lumbalsack erproben lassen und dabei recht unangenehme Nachwirkungen zu ertragen gehabt, ohne dass es außer einer leichten Parästhesie zu einer Anästhesie gekommen war. 1/2 Stunde nach der Einspritzung stellten sich Schmerzen im Kreuz, allmählich immer heftiger werdend, ferner Übelkeit, Erbrechen, Schüttelfröste und Fieber bis fast 39°, Kopfschmerzen, Kleinerwerden

und Unregelmäßigkeit des Pulses nebst Dyspnoe, Präcordialangst und Unruhe ein. Während die anderen Erscheinungen nach Morphindarreichung unter Schweißausbruch zurückgingen, hatte E. noch tagelang an heftigen Kreuz- und Kopfschmerzen zu leiden, die nur bei Ruhelage nachließen. — E. warnt desshalb vor weiteren Versuchen mit dem Eucain B. **Kramer** (Glogau).

---

4) **J. Bouglé.** Sutures artérielles.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris T. II. No. 7.)

B. hat an Hundecarotiden mehrere Nahtmethoden durchgeprobt und eigene ersonnen. Im Wesentlichen hielt er sich an die Invagination nach Murphy, ohne Längsincision des peripheren Endes bezw. mittels U-förmiger Haftnähte. Doch verspricht er sich auch die Verwendbarkeit seiner Naht Ende zu Ende mit 5—6 Knopfnähten, welche nur Media und Adventitia durchgreifen — also nicht als Fremdkörper in der Lichtung wirken. **Christel** (Metz).

---

5) **J. Preindlsberger.** Urologische Beiträge. I. Zur Behandlung impermeabler Strikturen der Harnröhre. II. Zur Behandlung der Ectopia vesicae nach Maydl. III. Haematuria e papillomate vesicae. Sectio alta. (Aus der chirurgischen Abtheilung des bosnisch-herzegowinischen Landesspitales zu Sarajevo.)

(Beiträge zur Dermatologie u. Syphilis, Wien, **Franz Deuticke,** 1900. p. 706—733.)

1) Verf. hat die traumatischen wie gonorrhoischen Strikturen nahe dem Septum urethrale und auf den prostatischen Harnröhrentheil übergreifend im Auge, deren erfolgreiche Behandlung durch den äußeren Strikturschnitt nicht gelingt. Wenn hierbei auch die Dittelsche Methode der Mastdarmloslösung von der Pars membranacea nicht zum Ziele führt oder nicht angewandt werden kann, so empfiehlt er hierfür den Katheterismus posterior, über dessen Geschichte sich Verf. verbreitet. Ob diesem Sectio alta oder Punctio vesicae vorhergehen müsse, hänge vom jeweiligen Falle ab; der letzteren sei als Voroperation der Vorzug zu geben. 3 von ihm operirte Fälle werden ausführlich beschrieben. Im 3. Falle handelt es sich nicht um eine impermeable Striktur, sondern um eine frische Harnröhrenzerreißung durch Trauma. Die in einem Falle ausgeführte sofortige Naht der Punktionswunden scheint mir wegen sehr wohl möglicher Harninfiltration nicht empfehlenswerth, bei dicken Bauchdecken ohne wesentliche Verbreiterung des Hautschnittes auch nicht ausführbar.

2) In der Litteratur hat P. nur 26 Fälle von Blasenektopie gefunden, die nach der Maydl'schen Methode operirt sind. Davon endeten 7 tödlich. Bei der Häufigkeit jenes Bildungsfehlers hält Verf. diese Anzahl für sehr gering und glaubt, dass ein Theil wegen der schlechten Resultate nicht Gegenstand der Publikation wird.



Bei der noch herrschenden großen Uneinigkeit auf diesem Gebiete hält er es für geboten, weitere Erfahrungen darüber zu sammeln. 2 seiner Fälle werden ausführlich beschrieben. In beiden wurde die Implantation beider Harnleiter und des dazu gehörigen Blasenstückes nach Eröffnung des Bauchfelles in die Flexura sigmoidea ausgeführt. Der eine Fall endete tödlich am 9. Tage an diffuser eitriger Peritonitis in Folge von Nekrose des rechten Harnleiters, der andere nach 3 Monaten an diffuser Gastroenteritis. In beiden Fällen war bei der Sektion eine akute eitrige Pyelonephritis nachzuweisen.

3) Entfernung eines erbsen- bis bohnengroßen Fibropapillomes der Blase durch hohen Steinschnitt, das große Beschwerden und durch seine Blutungen bedrohliche Erscheinungen hervorgerufen hatte und nur mittels Cystoskopie gefunden werden konnte.

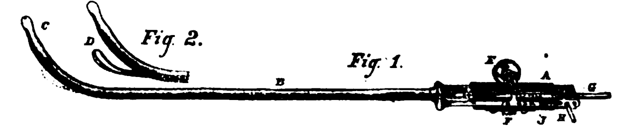
Schultheis (Bad Wildungen).

---

6) **R. Newman.** Modifications of Bottini's instrument for the prostate by galvano-cautery.

(New York med. record 1900. Juli 14.)

Die Konstruktion des Prostata-Incisors, wie er von N. modificirt wurde, ist aus beifolgender Figur ersichtlich. Der Platinbrenner liegt an der konvexen Seite und wird durch 2 isolirte Kupferdrähte, nach Angabe ohne gleichzeitige Erhitzung des Instrumentes, ins



Glühen gebracht. Dadurch fällt der Wasserspüler weg, und das Instrument wird viel dünner. Es kann durch seine konische Schnabelform noch leicht in die Blase eingeführt werden, wo die gewöhnlichen Brenner längst versagen. Sogar eine Vorrichtung für filiforme Leitbougies ist angebracht.

Loewenhardt (Breslau).

---

7) **E. L. Keyes.** The evidences of prostatic atrophy after castration.

(New York med. record 1900. Juli 21.)

Nach einer Kritik der Statistiken über die Erfolge der Kastration bei Prostatahypertrophie giebt K. eine Tabelle von 12 Fällen, bei denen von den Autoren später eine mikroskopische Kontrolle stattfand. Nur 2 Berichterstatter gaben beginnende Atrophie an. Aber auch diese Notiz ist in Rücksicht auf die kurze Zeit seit der Operation (2 und 18 Tage) nicht zu acceptiren, da bei den 10 anderen bis 16 Monate später keine Bestätigung eines Erfolges nachgewiesen werden konnte. Da der erste Effekt genannten Eingriffes nur eine »Dekongestion« bedeutet, und die wirkliche Atrophie nicht vor 3 Monaten oder 1 Jahre zu erwarten ist (Albarran), haben auch

die großen Statistiken keinen Werth bezüglich des Endresultates, weil bei den meisten am Ende des 3. Monates schon von »Heilung« gesprochen wird. Die Bemerkung »Verkleinerung« bedeutet nur die Erfolge von Ruhelagerung und systematischer örtlicher Behandlung. Cabot's neuester Artikel (Boston med. and surg. journ. 1899 p. 393) bringt nur 2 Heilungen und 6 Fehlschläge. Jetzt müsste Mancher in der Lage sein, meint Verf., über sorgfältig lange Zeit beobachtete Fälle zu berichten. Bis dahin soll man den Berichten über Kastration eben sowohl wie der »außerordentlich unchirurgischen Operation von Bottini« mehr Interesse, als Glauben entgegenbringen. K. resümirt:

1) Experimente, welche die normale Prostata betreffen, lassen sich nicht ohne Weiteres auf das vergrößerte Organ übertragen.

2) Der pathologische Befund in einigen untersuchten Fällen ergiebt direkt, dass die Kastration vergeblich war.

3) Die meisten Heilungen und Besserungen nach der Operation sind zweifellos nur Erfolge lokaler Depletion.

4) Der Beweis für eben genannte Ansicht ergiebt sich klinisch aus den späteren Rückfällen.

5) Auch einige Dauerkuren mögen aus der Dekongestion hervorgehen.

Loewenhardt (Breslau).

---

8) Legueu. Résultats éloignés des traitements opératoires de l'hypertrophie prostatique.

(Presse méd. 1900. No. 80.)

L. giebt eine vergleichende Übersicht über die Erfolge der verschiedenen bei Prostatahypertrophie vorgeschlagenen und ausgeführten Operationen. Er betrachtet die von Poncet so warm empfohlene Cystostomie nur als ein Ultimum refugium und als einen Eingriff von rein palliativem Nutzen. Die Erfolge der Kastration sind auch nicht gleichmäßige: von 68 Prostatikern, welche 8 Monate bis 4 Jahre nach vorgenommener Operation untersucht wurden, wiesen nur 4 eine deutliche Atrophie der Prostata auf, während eine Verkleinerung des Volumens bei 41 Kranken auftrat; bei den übrigen 23 war der Zustand entweder unverändert oder die Prostata war größer geworden.

Die Resektion der Vasa deferentia hält Verf. für ein sehr unzureichendes Mittel; im günstigsten Falle treten bald nach der Ausführung der Operation geringe Besserungen ein, die aber sehr schnell wieder verschwinden, während irgend ein Einfluss auf das Volumen der Prostata nicht zu konstatiren ist. Der einzige Vortheil, den diese Operation darbietet, — und das sei auch die einzige Indikation zur Ausführung derselben — bestehe in der Unterdrückung der sonst häufig auftretenden Orchitiden.

Die günstigsten augenblicklich eintretenden Erfolge biete die Kauterisation nach Bottini, doch sehe man gar nicht selten schon nach 4—5 Monaten ein Recidiv auftreten; überdies betrage die Mortalität nach dieser Operation 5%. Es seien aber auch wirkliche

Heilungen mit der Methode erzielt worden, besonders in den Fällen, in denen ein lokalisirtes Hindernis vorliegt.

Diese Operation sei einfach, schnell ausführbar und wirksam.

Die Prostatectomia suprapubica hat eine Mortalität von 5—15% und eignet sich natürlich nur für die Fälle, bei denen es sich um eine isolirte Hypertrophie des mittleren Lappens handelt. Unter 333 gesammelten Beobachtungen war die Hypertrophie 121mal auf den Mittellappen beschränkt, 156mal waren sowohl Mittel- wie Seitenlappen betheiligt, und 56mal lag das Hindernis allein in den Seitenlappen. Unter Fortlassung der Todesfälle und der nicht genügend nachbeobachteten Kranken bleiben 242 Beobachtungen von Prostatectomica suprapubia übrig mit 140 Heilungen und Besserungen und 102 negativen Resultaten. Die Prostatectomia perinealis werde noch nicht so lange geübt, dass sich deren Dauererfolge schon übersehen ließen. Die Vereinigung dieser beiden Methoden von Prostatektomie zur isolirten Exstirpation des mittleren und der seitlichen Lappen wäre nach des Verf.'s Meinung indicirt, wie er überhaupt zu der Ansicht neigt, dass die Zukunft der Behandlung dieser Krankheit in der Totalexstirpation der Prostata gelegen sei, ein Problem, das allerdings bisher noch seiner Lösung harrt. **Sultan** (Göttingen).

---

9) **A. Pousson** (Bordeaux). De la prostatotomie et de la prostatectomie.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 737.)

Alle Operationen am Genitalapparate, Doppel- oder einseitige Kastration, Durchschneidung des Vas deferens etc., bringen nur die Kongestionszustände der Prostata zum Schwinden und sind daher nur bei ziemlich akuten Harnretentionen in Folge solcher Zustände wirksam, versagen aber bei vollständiger oder unvollständiger chronischer Harnretention. Unter den Eingriffen, die bei dieser in Frage kommen, leistet oft am meisten die Prostatotomie oder die Prostatektomie. Für gerechtfertigt hält P. diese Operationen nur in den Fällen, in denen die hypertrophischen Partien der Drüse für die regelmäßige und völlige Entleerung der Harnblase ein anatomisches Hindernis bilden. Ein solches kann in einem abnormen, für jede Art des Katheterismus unpassirbaren Verlaufe des hinteren Abschnittes der Harnröhre oder einer abnormen Form des Blasenhalses oder des Blasengrundes gelegen sein und lässt sich durch exakte Untersuchung in der Regel sicher nachweisen und durch eine der beiden Operationen überwinden. — Die Vornahme dieses Eingriffes von der Harnröhre aus verwirft P. wegen der Gefahr der oft bedrohlichen Blutung einerseits, der Unsicherheit des Operirens im Dunkeln andererseits und empfiehlt, stets die Operation von einem hohen Blasenschnitte aus auszuführen. Während die Ränder der Blasenwunde mit je einer Fadenschlinge aus einander gehalten werden, führt er in die oberen Winkel der Blasenwunde ein mit einer elektrischen Lampe versehenes Spe-

culum, hält die Seitenwände mit eigens von ihm hierfür angegebenen durchbrochenen Seitenhebeln zurück und entfernt nun unter Leitung des Auges die den Urinabfluss hindernde Partie der Prostata mit Schere oder Messer. Die meist starke Blutung beherrscht er durch Anlegung von Klemmen, Thermokauterisation oder Tamponade. Die begleitende Cystitis sucht er durch Abschaben oder Kauterisation der Schleimhaut zu bekämpfen. Die Blasenwunde bleibt offen.

Von 15 derart Operirten starben 3, sämmtlich sehr alte und durch langes Leiden bereits stark heruntergekommene Pat. Von den 12 anderen wurde nur bei einem die Prostatotomie mit ungenügendem Erfolge — Pat. musste wieder zum Verweilkatheter greifen und starb 6 Monate danach an eitriger Pyelonephritis —, in allen anderen Fällen die Prostatektomie ausgeführt. 4 von diesen erlangten die Fähigkeit wieder, die Blase vollständig allein entleeren zu können, bei einem 5. Pat. wurde dieser Erfolg nur vorübergehend, bei einem 6. nur theilweise erzielt, und zwar betreffen diese günstigen Resultate relativ junge Personen, bei denen die Störungen der Urinentleerung noch nicht sehr alt und die Blaseninfektion noch nicht weit vorgeschritten waren. Bei allen übrigen Operirten erzielte die Operation nur ein Verschwinden der Zeichen akuter Cystitis, machte den Urin weniger eiterhaltig und ermöglichte eine leichtere antiseptische Auswaschung der Blase.

Reichel (Chemnitz).

---

10) **N. Jodice.** Nuovo processo di cistotomia perineale senza interessare la prostata.

(Nuova rivista clin.-therap. 1900. No. 10.)

J. empfiehlt, bei nicht zu großen, beweglichen Steinen die Blase vom Damme unter Mastdarmablösung frei zu legen und zu eröffnen. Die Blutung soll gering sein, der Stein leicht in die Wunde treten. Ob wirklich bereits das Verfahren praktisch geübt wurde, geht aus der Mittheilung, welche nur einen Auszug darstellt, nicht hervor.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

11) **Albers-Schönberg.** Zur Technik der Nierensteinaufnahmen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen 1900. Bd. III. Hft. 6.)

12) **Lauenstein.** Nachweis von Nierensteinen, die nur aus kohlensaurem Kalk und Tripelphosphat bestanden, durch Röntgenstrahlen.

(Ibid.)

13) **H. Wagner.** Nachweis von Nierensteinen mit Röntgenstrahlen.

(Ibid.)

14) **Levy-Dorn.** Phosphatstein in der Niere eines Erwachsenen.

(Ibid.)

15) **E. Levy** (Hamburg). Nachweis und Operation eines Phosphatsteines in der rechten Niere.

(Ibid.)

16) **C. Beck** (New York). Darstellung von Gallensteinen in der Gallenblase und Leber.

(Ibid.)

Vorstehende Arbeiten beschäftigen sich mit dem Nachweise von Steinen in inneren Organen, und zwar berührt die erste Arbeit nur die rein technische Seite, die anderen Arbeiten enthalten technische und kasuistische Mittheilungen. Lauenstein und Wagner bringen je zwei, Levy-Dorn und E. Levy je einen Fall von Nierensteinen. Nach alle dem scheint der Nachweis von Nierensteinen nicht nur in einzelnen Fällen möglich, sondern es erscheint auch gewiss, dass nach weiterer Ausbildung der Technik in den Röntgenuntersuchungen in Zukunft das sicherste Mittel zum Nachweis der Steine in den Nieren zu erhoffen ist.

Hieran anschließend bringt Beck drei Fälle, in denen es ihm gelungen ist, Gallensteine mittels Röntgenstrahlen nicht nur nachzuweisen, sondern genau zu lokalisiren, und zwar sind dies nicht nur zufällige Befunde, sondern sie sind das Produkt sehr vieler (100), mühevoller Vorversuche, bis Beck die Technik so weit modificirt hatte, dass ihm der Nachweis gelang. Eine ausführliche Arbeit verspricht Beck am Schlusse dieser Mittheilung.

H. Wagner (Breslau).

---

17) **H. Kümmell.** Die Gefrierpunktsbestimmung des Blutes und des Urins zur Feststellung der Funktionsfähigkeit der Nieren vor operativen Eingriffen.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 44.)

Auf dem letzten Kongresse der deutschen Gesellschaft für Chirurgie bereits hatte K. über die Bedeutung der Gefrierpunktsbestimmung des Blutes und Urins für die Feststellung der Funktionsfähigkeit der Niere berichtet (s. Referat in ds. Bl. Beilage p. 118). Er hat seitdem seine Untersuchungen weiter fortgesetzt und seine früheren Beobachtungen in allen — über 70 — Fällen bestätigt gefunden, so dass er nunmehr die Gefrierpunktsbestimmung als ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel zum Nachweise der Funktionsfähigkeit der einen Niere vor operativen Eingriffen ansehen zu dürfen glaubt.

Kramer (Glogau).

---

18) **A. M. Dolgow.** Zur Frage der Resektion von Nierengewebe.

(Wratsch 1900. No. 41. [Russisch.])

In einer vorläufigen Mittheilung bringt D. die Resultate seiner auf Veranlassung von Prof. Podres an Hunden unternommenen Versuche. Nierenwunden, sogar totales Durchschneiden, longitudinal

oder transversal, sind nicht unmittelbar tödlich. Die Erhaltung der Nierenkapsel und das Zusammenbringen der Ränder der Kapselwunde verbessern das Resultat wesentlich. Wunden der Kortikal- und der Medullarschicht sind von nicht gleicher Bedeutung. Man kann die ganze Rindenschicht der einen und die halbe Rindenschicht der anderen Niere entfernen; dagegen ist die Entfernung der ganzen Kortikalsubstanz beider Nieren zugleich sofort tödlich; wird diese Operation an beiden Nieren zu verschiedener Zeit mit bestimmtem Zwischenraume ausgeführt, so kann der Hund am Leben bleiben. Die Wunden der Markschicht sind immer gefährlicher; die gleichzeitige Verwundung der Hälfte der Marksubstanz beider Nieren ist tödlich; vertragen wird höchstens der Ausfall eines 2 Pyramiden umfassenden Bezirkes. Wird an der einen Niere die Rindenschicht, an der anderen die Markschicht verletzt, so magert der Hund ab und geht zu Grunde. Ist die eine Niere entfernt, so giebt jede Operation an der anderen, gleichviel ob an Rinden- oder Marksubstanz, dem Thiere bald den Tod. Im Urin von Hunden mit verletzter Niere erscheinen bald Albumen und große Mengen Kynurensäure; wird eine Niere entfernt, so verringert sich die Menge der Kynurensäure im Harn. Nach Entfernung der Rindenschicht wird die Menge des Stickstoffes der Extraktivsubstanzen größer. Die Schlussfolgerung ist: das Nierengewebe kann sehr bedeutende Eingriffe vertragen, was für die Diagnose und Therapie sehr wichtig ist.

E. Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

19) **S. Bernheim.** Les opérations du prépuce.

(L'indépendance médicale 1900. No. 46.)

Auf Grund von 3600 Operationen am Präputium bespricht Verf. die normale und pathologische Anatomie der Vorhaut. Totale Verwachsung zwischen beiden Vorhautblättern fand er in $^1/_8$ der Fälle. Die forcirte Dilatation bei Phimose, eben so partielle Excisionen sind fast immer von Narbenphimose gefolgt. Die vom Verf. immer bei vorliegender Indikation ausgeführte Circumcision erfordert einige Vorsicht bei Bestand von Diabetes, da hier leicht Gangrän im Gefolge der Operation auftreten kann. Eben so sah Verf. schwere Blutungen bei und nach der rituellen Beschneidung Neugeborener, und zwar besonders bei Kindern aus Verwandtenehen, welche häufig hämophil waren. Verf. operirt gewöhnlich in Bromäthylnarkose und legt großen Werth auf Erhaltung eines kleinen Theiles der Basis des inneren Blattes, wodurch die Narbenstenose besser vermieden werde.

Mohr (Bielefeld).

---

20) **Mauclaire.** Tuberculoses epididyme-testiculaires.

(Presse méd. 1900. No. 79.)

Als neue Operationsmethode der Hoden- und Nebenhodentuberkulose schlägt Verf. vor, das Vas deferens zu isoliren, doppelt

zu unterbinden und zu durchschneiden. Er hat mit dieser Methode gute Resultate erreicht, hat, abgesehen von der psychischen Wirkung der Erhaltung des Hodens, die tuberkulösen Anschwellungen sich verkleinern sehen und glaubt auf die angegebene Art die Tuberkulose des Hodens und Nebenhodens so weit ausschalten zu können, dass eine sekundäre Erkrankung der Prostata und event. des anderen Hodens vermieden werden könne. **Sultan** (Göttingen).

---

21) **V. Moschkowitz.** The radical treatment of tuberculosis of the testis.

(New York med. record 1900. September 15.)

Die Radikalbehandlung der Hodentuberkulose kann außer der Kastration die Exstirpation des Vas deferens zusammen mit der korrespondirenden Samenblase verlangen. M. kastrirt zunächst auf die gewöhnliche Weise, bringt dann den Pat. in Steinschnittlage. Das weitere Vorgehen entspricht etwa der prärectalen Incision von Zuckerkandl (oder dem Kocher'schen Schnitte).

Der einzige Nachtheil sei die Möglichkeit einer Urinfistel; die Harnröhrenkontrolle während des Eingriffes wird durch ein Bougie vermittelt. O. Büngner (cfr. dieses Centralblatt 1893 p. 1018), der die Kastration mit Evulsion des Vas deferens empfahl, gab auch u. A. für ungünstige Fälle, wo die Tuberkulose vom Nebenhoden aufsteigend sich über Samenblase und Prostata verbreitete, die Freilegung von einem vorderen Mastdarmschnitte an, um die centralen Reste des Samenganges etc. zu entfernen.

Loewenhardt (Breslau).

---

22) **P. Reynier.** Traitement de l'hématocèle utérine.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 679.)

Die Frage, ob man retro-uterine Hämatocelen am besten mittels Laparotomie oder von der Scheide aus angreifen soll, wird von verschiedenen Seiten verschieden beantwortet. Die Mehrzahl der Pariser Chirurgen und Gynäkologen wollen streng die extra-uterinen Schwangerschaften von den Hämatocelen getrennt wissen und für erstere die Laparotomie, für letztere den Scheidenschnitt in Anwendung ziehen. — R. gehört zu der Minderheit, die in jedem Falle der Laparotomie den Vorzug giebt. Einmal betont er, dass man meist nicht sagen kann, ob die Hämatocele die Folge einer hämorrhagischen Salpingitis oder der Berstung eines extra-uterinen Fruchtsackes ist; namentlich aber legt er Werth darauf, dass in manchen Fällen die durch Eröffnung der Hämatocele bedingte Blutung sich nur durch Laparotomie beherrschen lässt. Zum Beleg berichtet er über 2 Fälle seiner Praxis.

Im 1. Falle folgte dem Einschnitte in die Hämatocele von dem hinteren Scheidengewölbe aus eine solche Blutung, dass R. sich genöthigt sah, während er mit der linken Hand einen Schwamm von

der Scheide aus gegen die blutende Stelle andrückte, sofort mit der rechten Hand den Leib in der Medianlinie zu eröffnen und die beiderseitigen Artt. ovario-uterinae abzuklemmen.

Im 2. Falle incidirte er in der Annahme, es mit einem eitrigen Exsudate zu thun zu haben, die Geschwulst oberhalb des Leistenbandes. Es quoll ein so starker arterieller Blutstrahl hervor, und die Kranke wurde schnell so bleich, dass er auch hier sofort die mediane Laparotomie anschließen und beide Artt. spermaticae internae abklemmen musste, um die Blutung zu beherrschen.

In beiden Fällen handelte es sich um Extra-uterin-Schwangerschaften. Beide Kranke genasen. R. sah aber früher ähnliche Fälle tödlich enden und behauptet — nach ihm von anderer Seite gewordenen Mittheilungen —, dass die Zahl solcher unglücklichen Ausgänge nicht selten sei.

Es erscheint bei der Wichtigkeit der Frage von Interesse, die in der Diskussion laut gewordenen Ansichten anderer Pariser Chirurgen in aller Kürze wiederzugeben:

Routier bervorzugt für die Hämatocelen des kleinen Beckens entschieden den Scheidenschnitt; er reiche für die Mehrzahl aller Fälle aus, da etwaige Placentarreste sich ausstoßen und verschwinden. Die Blutung habe er stets durch Tamponade beherrschen können. Übrigens stehe sie auch nach Abklemmung der Artt. utero-ovaricae nicht immer, sondern stamme zum Theil aus dem Schnitte der Scheidenwand, theils aus dem Boden des kleinen Beckens und verlange dann doch Tamponade. — Für alle Geschwülste, die nach der Bauchhöhle vorragen, empfiehlt auch er die Laparotomie.

Potherat glaubt die strenge Auseinanderhaltung von retrouteriner Hämatocele, die den Scheidenschnitt, und extra-uteriner Schwangerschaft, die eine Laparotomie erfordere, festhalten zu können.

Chaput hat auch einen Todesfall nach Scheidenschnitt beobachtet. Auf Grund seiner sonstigen Erfahrungen bevorzugt er gleichwohl den Einschnitt von der Scheide mit Ausräumung der Blutgerinnsel und Tamponade, will aber sogleich die Laparotomie anschließen, falls die Blutung nicht steht.

Lucas-Championnière ist energischer Verfechter der Laparotomie und glaubt nicht an die Ungefährlichkeit der Eröffnung der Hämatocelen von dem hinteren Scheidengewölbe aus.

Tuffier verlangt die scharfe Unterscheidung der Fälle von Extra-uterin-Schwangerschaft, bei denen diese noch fortdauert, und der Fälle von Hämatocele, bei denen die Frucht abgestorben ist, und empfiehlt für erstere die Laparotomie, für letztere den Scheidenschnitt.

Pierre Delbet will in allen Fällen, in denen die Blutung in die freie Bauchhöhle erfolgt, oder es zweifelhaft ist, ob die Schwangerschaft noch fortbesteht, die Laparotomie unter allen Umständen ausgeführt sehen. Er bevorzugt sie sogar in den Fällen, in denen allen Zeichen nach die Schwangerschaft und Blutung zum Stillstande gekommen ist, die Resorption des Blutergusses aber allzulange auf sich

warten lässt, neigt aber bei solchen wahren Hämatocelen, falls sie klein sind, mehr zu einem abwartenden Verfahren.

Pozzi will unter dem Namen »Hämatocele« nur die im Becken abgekapselten, alten Blutergüsse verstanden wissen und sie von der Scheide eröffnen. Der Blutung hat er stets durch Tamponade Herr werden können. Freilich thue man gut, mit der Eröffnung des Blutsackes mindestens 14 Tage nach seiner Entstehung zu warten. Bei frischer Berstung extra-uteriner Fruchtsäcke laparotomirt auch er.

Reichel (Chemnitz).

---

23) **A. Nedler.** Über Enukleation der interstitiellen Uterusmyome im Vergleiche mit anderen Methoden zur Entfernung derselben.

Diss., St. Petersburg, 1900. (Russisch.)

29 Fälle aus Prof. Lebedew's Klinik. Schlussfolgerungen: 1) Die Enukleation giebt eine Mortalität, die nicht größer ist als bei totaler Entfernung des Uterus: bei Lebedew 6,8%, bei Excision des Uterus nach Olshausen 9,6—10%. 2) Die supravaginale Amputation bietet dieselben Gefahren, wie die Enukleation, ohne deren Vorzüge zu besitzen. 3) Die Eröffnung der Gebärmutterhöhle ist bei guter Antisepsis nicht gefährlich. 4) Recidive sind selten — nur in 3% — und erfordern nicht immer eine neue Operation. 5) Die Multiplicität des Myoms ist nicht immer eine Kontraindikation gegen die Enukleation. 6) Nach der Enukleation kehrt die Größe und Form des Uterus bald zur Norm zurück und werden die früheren Funktionen des Organs wieder möglich.

E. Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

24) **Reynier.** Hystérectomie abdominale totale dans le cancer utérin.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 728.)

R. hat 13mal wegen Gebärmutterkrebs die abdominale Hysterektomie ausgeführt. Obwohl er in einer ersten Serie von 8 Fällen 2 und in einer zweiten von 5 Fällen wiederum 2 Todesfälle hatte, ist er gleichwohl von der Überlegenheit des abdominalen gegenüber dem vaginalen Wege überzeugt, selbst bezüglich der geringeren Gefahr bei gewissen Krebsformen, namentlich aber, weil die Laparotomie eine vollständigere Entfernung alles kranken Gewebes, insbesondere der Lymphdrüsen gewährleistet, als die Exstirpation durch die Scheide. R. glaubt auf dem abdominalen Wege jeden Gebärmutterkrebs operiren zu können, der noch nicht das vordere Scheidengewölbe und damit die Gegend der Einmündungsstellen der Harnleiter in die Blase ergriffen hat. Ein Übergreifen der Neubildung auf das hintere Scheidengewölbe ist von geringerer Bedeutung, da man den Mastdarm fast immer ablösen kann.



R. beginnt die Operation mit Umschneidung der Scheidenschleimhaut durch den Thermokauter, ohne das Cavum Douglasi zu eröffnen; starke Krebswucherungen kauterisirt er dabei. Dann öffnet er in Beckenhochlagerung den Bauch, legt an die Artt. utero-ovaricae und die breiten Mutterbänder Klemmen, durchschneidet die Bänder nach außen von der Neubildung, löst die Blase vom Uterus und nimmt diesen nun fort. Darauf geht er den Lymphdrüsen nach und sucht sie möglichst vollständig zu entfernen. Die an die Artt. uterinae gelegten Klemmen lässt er wegen der Schwierigkeit, die Gefäße in der Tiefe, ziemlich dicht an der knöchernen Beckenwand zu unterbinden, 48 Stunden lang, mit Gaze umhüllt, liegen. — Darüber, dass die Prognose bezüglich des Recidivs wenig günstig ist, so wie sich bei der Operation erkrankte Lymphdrüsen fanden, ist sich R. wohl bewusst.

Die Ansichten der Mitglieder der Pariser chirurgischen Gesellschaft über den Werth der Laparotomie beim Gebärmutterkrebs sind sehr getheilt:

Ricard ist ein Freund dieser Operation und hatte unter 9 Operationen, die sämmtlich vorgeschrittene Fälle betrafen, nur 1 Todesfall zu beklagen. Um über die Endresultate ein Urtheil abzugeben, ist die Zeit seit der Operation zu kurz.

Paul Segond glaubt nicht an eine derartige Besserung unserer Resultate durch die Laparotomie bezüglich der definitiven Heilung, um dadurch den entschieden schwereren und gefährlicheren Eingriff zu rechtfertigen. Bei nicht vorgeschrittenem Gebärmutterkrebs erzielen wir auch mit der vaginalen Exstirpation in einer immerhin nicht unbeträchtlichen Zahl von Fällen Dauerheilungen. Operirt man aber bei einigermaßen vorgeschrittenen Krebsen, die auf die Scheide oder Bänder oder gar die Lymphdrüsen übergegriffen haben, so sind die Endresultate jedes operativen Eingriffes unbefriedigend. Daran kann auch die Laparotomie mit Ausräumung der fühlbar erkrankten Lymphdrüsen nichts bessern, da wir ja aus anatomischen Gründen nicht in der Weise radikal vorgehen können, wie bei Ausräumung der Achselhöhle beim Brustcarcinom. — Der Laparotomie will S. daher nur dann den Vorzug vor der vaginalen Hysterektomie geben, wenn entweder der Gebärmutterhals erweicht ist und damit keine Handhabe für die fassenden Instrumente bietet, oder der Uterus zu groß ist, um ohne Zerstückelung von der Scheide aus entfernt werden zu können.

Terrier hat unter 9 abdominalen Totalexstirpationen des Uterus wegen Krebs 2 Todesfälle zu beklagen gehabt. Der Operation an sich spricht er die Berechtigung nicht ab; bezüglich der Recidive aber ist er durchaus Pessimist. Er geht so weit, zu behaupten: »Nach meinem Dafürhalten ist das Recidiv nach Operationen wegen Krebs stets die Regel. Die Fälle von Dauerheilung sind nach meiner Ansicht diagnostische Irrthümer.«

Michaux hat seit 2 Jahren die abdominale Hysterektomie als ausschließliche Methode bei allen noch operirbaren Fällen von Gebärmutterkrebs, die in seine Behandlung kamen, in Anwendung gezogen und von 13 Operirten nur 2 verloren, eine an Peritonitis, eine nach Heilung der Wunde an Lungenembolie. Als Kontraindikation der Operation betrachtet er nur die Ausdehnung der Geschwulst auf die Blase und eine absolute Verwachsung mit den Wänden des kleinen Beckens. Von den 11 geheilten Frauen wurden 4 bereits vor 14—18 Monaten operirt und zeigen keine Spur eines Recidivs.

Schwartz hat 6mal den carcinösen Uterus durch Laparotomie entfernt und stets mit Erfolg; alle 6 Operirten sind genesen. Er richtet seine Aufmerksamkeit nach Entfernung des Uterus auf die Harnleitergegend, die Gegend der Iliacalgefäße, die Basis beider Ligamenta lata und die Nachbarschaft des Foramen obturatorium, da sich hier besonders Drüsen finden, falls überhaupt welche da sind.

Routier hat alle 3 mittels Laparotomie wegen Krebs Hysterektomirte verloren, hingegen unter 78 vaginalen Uterusexstirpationen 10 Todesfälle gehabt. Er verwirft den abdominalen Weg, bleibt Anhänger der vaginalen Hysterektomie, macht aber auch sie nur so lange, als der Uterus noch beweglich ist.

Richelot bekämpft energisch die Ansicht, dass man mittels Laparotomie durch Entfernung einiger Lymphdrüsen wirklich alles kranke Gewebe bei Krebsen, die nicht mehr auf die Gebärmutter selbst beschränkt seien, radikal entfernen könne. Von 16 mittels Bauchschnitt Hysterektomirten verlor er 8. Er will diese Operation auf die seltenen Fälle beschränkt wissen, in denen die Neubildung in beschränktem Maße die Grenzen des Uterus überschritten hat, derart, dass die vaginale Methode für eine Entfernung alles Kranken unzureichend erscheint, man andererseits aber keinen Grund zur Annahme einer diffusen Ausbreitung des Carcinoms hat. Überhaupt räth er, sich in der Chirurgie des Krebses zu beschränken: »Nicht die Chirurgie wird die Heilung des Krebses finden.«

Reichel (Chemnitz).

Kleinere Mittheilungen.

25) XIII. internationaler medicinischer Kongress in Paris 1900.

Aus den Verhandlungen der Sektion für urologische Chirurgie.

I. Die konservativen Operationen bei renaler Retention.

1. Berichterstatter: Küster (Marburg): Es giebt 2 Arten von Retentionsgeschwülsten der Niere. 1) die primäre Bildung, Cystenniere, die Sackniere, 2) die sekundäre, das aus der Pyelonephritis hervorgehende Empyem der Niere. Die letztere Gruppe kommt bei der Besprechung der konservativen Methoden nicht in Betracht.

Die Sackniere muss begrifflich als ein einheitliches Ding aufgefasst werden, es ist die durch Abflusshindernisse erzeugte Hohlgeschwulst der Niere, mag der Inhalt wässrig, urinös, eitrig, breiig oder sonst wie sein. Nach dieser Art des Inhaltes kann man weitere Unterabtheilungen bilden. Die Abflusshindernisse liegen

mit sehr seltenen Ausnahmen im Harnleiter, und zwar im oberen Drittel desselben, das dem zufolge fast ausschließliches Operationsgebiet hierfür ist. Die Beckenretentionen müssen konservativ, d. h. mit Erhaltung des Nierenparenchyms, behandelt werden, auch wenn die andere Niere gesund ist. 4 Gruppen derartiger Operationen stehen zur Verfügung: A. Anheftung der verlagerten Niere, häufig in Verbindung mit anderen Operationen, Freimachung des Harnleiters, Plastik etc. B. Herstellung von Anastomosen 1) zwischen Harnleiter und Harnleiter (Kelly), 2) Becken und Harnleiter (Trendelenburg), 3) Becken und Blase (Reisinger) [jetzt Pyelocystostomose Witzel, Ref.]). Grundforderung für diese Operationen ist Vermeidung todter Räume als Bildungsstätte für Harnsteine. C. Plastiken mit und ohne Resektion des Harnleiters: 1) Pyeloptychie (Pyeloplicatio Israel), 2) Einschneiden der Klappen und Quernaht (Fenger), 3) Resektion des verengten Harnleiters, am besten im Schrägschnitte, 4) Ureteropyeloneostomie (Trendelenburg, Küster). D. Nierenresektionen: 1) Resektion und Naht des Beckens (Albarran), 2) keilförmige Resektion der Niere bei Hydronephrose einer Hufeisenniere.

2. Berichterstatter: C. Fenger (Chicago): Wiederherstellung des freien Urindurchganges ist bei der remittirenden oder beginnenden Retention die Vorbedingung der Nierenschonung. Die Verstopfung kann liegen in den Kelchen (minores oder majores (Branches de l'urétère), im Beckengrunde, am Ursprunge des Harnleiters oder im Harnleiter selbst. Sitzt das Hindernis in den Kelchen I. oder II. Ordnung, so entsteht die umschriebene Nierencyste. Operation: Sektionsschnitt durch die Niere und durch die Scheidewände. Sitzt das Hindernis an der Beckenöffnung des Harnleiters (Klappenbildung oder schiefer Ansatz), so richtet sich die Operation danach, ob der obere Theil des Harnleiters verengt ist oder nicht. Im letzteren Falle wird die Klappe durch Eingehen quer durch das Becken, oder noch besser durch Operation außerhalb des Beckens aufgehoben. Ist dagegen eine Verengerung des Harnleiters daneben noch vorhanden (wie bei Infektion stets zu erwarten), so macht F. seine plastische Außenbeckenoperation, oder die Striktur wird resecirt und der Harnleiter in das Becken eingepflanzt. Eben so verfährt man bei Strikturen im Verlaufe des Harnleiters. — Zur Statistik und Prognose: unter 7 eigenen Fällen 5 Operationen ohne Recidiv (Klappenbildung, Operation quer durch das Becken, 6jährige Beobachtung; Verengerung der oberen Partie des Harnleiters außerhalb des Beckens, eben so lange; Klappenbildung am unteren Calix major, Operation außerhalb des Beckens, Schnitt durch Nierenparenchym, Trennung der Klappe und Scheidewand, 3 Jahre; plastische Excision einer Harnleiterklappe, 3 Jahre; Steinextraktion aus oberem Harnleiter, 1 Jahr später Plastik von anderer Seite ausgeführt, nach 6 Monaten vollkommener Verschluss, 2. Plastik durch F., kein Recidiv seit 1 Jahr). In 2 Fällen Recidiv mit Nephrektomie behandelt.

3. Berichterstatter: Bazy (Paris): Die Abflusshindernisse im Harnleiter sind Verengerungen, Knickungen, falscher Ansatz, Steine. Die Knickungen sitzen fast ausschließlich am oberen Ende des Harnleiters; die Verhältnisse liegen ähnlich wie bei der Wanderniere und dem falschen Ansatze. Die Steine, eben so wie die Strikturen können überall sitzen, finden sich aber meist an beiden Enden. Die Strikturen entstehen durch eine Schädigung der Wand oder durch narbige Einschnürung in Folge entzündlicher Vorgänge außerhalb derselben (Perimetritis, Perinephritis etc.); sie findet sich regelmäßig, und das darf nie übersehen werden, bei Harnleiter-Scheidenfisteln. — Die Retentionen können intermittirend, remittirend, kontinuirlich sein. Die beiden ersten Formen gehören zu den beiden ersten Kategorien, Knickung, falscher Ansatz, Wanderniere einerseits, Beckenstein andererseits. Die kontinuirlichen sind manchmal auch durch Steine, in der Regel aber durch fortschreitende Zuschnürung bedingt, ihr Typus ist die geschlossene Hydro- und Pyonephrose. Eine andere wichtige Unterscheidung beruht auf dem Zutritte von Infektionserregern — aseptische Retentionen sind die Hydronephrosen, die septischen werden dargestellt durch die inficirte Hydro- und die Pyonephrose. — Die nierenschonenden Operationen sind nur angezeigt bei funktionstüchtigem Gewebe, dessen Beschaffenheit keine Gefahr für den Körper bietet, wie bei der ein-

fachen Hydronephrose absolut, weniger bei der inficirten. Einseitiger Nierenmangel lässt natürlich keine Wahl. Die Steine verfallen der Incision, Nephrotomie, Ureterotomie, Vesico- oder — ausnahmsweise — Vagino-Ureterotomie. Knickungen gleichen sich von selbst oder durch Nierenanheftung aus. Die abnormen Einmündungsverhältnisse werden plastisch (Uretero-Pyeloneostomie) geregelt, primär bei aseptischen Verhältnissen, sekundär bei inficirten Hydro-Pyonephrosen. Beckenresektionen und Faltungen nützen nichts, wenn die Operation nicht primär ist. Die Verengerungen können ausnahmsweise einmal durch Dehnung beseitigt werden, sonst unterliegen sie der Plastik, Uretero-Pyeloneostomie, Ureterotomie, Uretero-Cystoneostomie. Die plastischen Operationen am Beckenansatze des Harnleiters sollen bei Infektion lumbal geschehen, sonst ist auch der Weg durch die Bauchhöhle möglich, im unteren Harnleitergebiete abdominal, vom Medianschnitte aus. Der Weg durch die Scheide ist zu verwerfen. Infektionen des Harnleiters und des Beckens sind für Plastiken keine Kontraindikation, wohl dagegen ist es der Nierenabscess. Die Richtigkeit der entwickelten Grundsätze für die Behandlung ist für den Redner durch 7jährige Beobachtung und Erfolge erwiesen.

Diskussion: Albarran (Paris): Nach allen Gesichtspunkten, pathologisch-anatomisch wie klinisch, hält er im Gegensatze zu Küster die Unterscheidung zwischen Uro- und Pyonephrosen, aseptisch oder inficirt, für so wichtig und von ausschlaggebender Bedeutung, dass man diese beiden Gruppen von vorn herein trennen muss. Bei den renalen Retentionen, deren Ursache in der Niere selbst oder im Anfangstheile des Harnleiters sitzt, verlangt die Beseitigung des Urinabflusshindernisses verschiedene Behandlung, wenn man die Niere erhalten und Nierenfisteln verhüten will. Schon bei den einfachsten Verhältnissen (Steinentfernung, Krümmungsausgleich) muss man sich vergewissern, dass nicht ein neues Hindernis (Striktur) geschaffen wird. Unter den Hindernissen in der Nierentasche bilden die unvollständig fortgenommenen Scheidewände eine Ursache für das Fortbestehen von Nierenfisteln. — Aus Gründen der freien Übersicht verlangt A. im Gegensatze zu Bazy die breite Aufmachung der Niere in solchen Fällen. Am wichtigsten sind die Störungen am Harnleiter selbst, der zu hohe Ansatz am erweiterten Becken, der schiefe Ansatz mit Klappenverschluss, die Strikturen am oberen Theile mit oder ohne Knickung. Dazu kommen noch weitere Störungen längs des unteren Abschnittes des Harnleiters.

Zur Erkennung des Sitzes und der Art des Hindernisses ist die Harnleitersondirung von der Blase aus nützlich, die Operation selbst kann sie unter Umständen sehr erleichtern. Bei so gut wie aseptischen Verhältnissen können auch komplicirtere Eingriffe zur Freimachung des Urinabflusses einseitig vorgenommen werden; bei Pyonephrosen empfiehlt sich zweizeitiges Vorgehen, und die Regelung des Abflusses erst, wenn die Nephrotomie eine Reinigung des Beckens bewirkt hat; zuweilen kann allerdings eine Auswaschung der Pyonephrose allein eine genügende Umstimmung schaffen, um einzeitige Operation zu gestatten. Für einfache Verengerungen kann man die Dauerureterkatheter versuchen, bevor man blutig vorgeht. Die Spornoperation (Bardenheuer, Fenger) kann eine zu hohe Insertion des Harnleiters heilen, vorausgesetzt, dass wirklich der unterste Theil der Beckentasche noch oberhalb der Entleerungsstelle liegt (oder man fügt noch eine partielle Nierenresektion für diesen Abschnitt hinzu, Albarran), und das Hindernis im Harnleiter nicht unterhalb des Spornes liegt. Die Nierenfaltung (Capitonnage) dient meist wohl zur Unterstützung anderer Maßnahmen.

Anstatt der Uretero-Pyeloneostomie (Bardenheuer, Küster) lässt sich mit gleichem Erfolge, aber leichter, eine Anastomose zwischen Becken und Harnleiter herstellen (Albarran), wenn man einen Harnleiterkatheter durch eine seitliche, künstliche Kommunikation zwischen Harnleiter und Becken hindurchschiebt und liegen lässt. Statistik: Unter 8 Operationen zur Regelung des Urinabflusses (septisch oder aseptisch) 6 Erfolge seit 27 Monaten, 1 Misserfolg, 1 Todesfall.

Küster fürchtet bei der oben beschriebenen Albarran'schen Uretero-Pyeloanastomose todte Räume mit Steinbildung und möchte auch nach plastischen Operationen keinen Dauerkatheter, welcher die Eiterung unterhalten würde. Dem

gegenüber verweist Albarran auf seine günstigen Erfahrungen mit dem Harnleiterkatheter; der obere Theil des Harnleiters bei der Anastomosirung verödet und bildet keinen todten Raum.

Hamonic (Paris) sah die vollkommen stockende Urinsekretion nach Ureterkatheterisirung erst massenhaft in Gang kommen nach protrahirtem Bade (reflektorisch-spastische Verhaltung).

Legueu (Paris): Die konservativen Operationen, so hoch ihr Werth auch ist, sollen nur da angewandt werden, wo es sich lohnt, wo noch Niere genug da ist. Kleine, beginnende Retentionen lassen sich mit dem Harnleiterkatheter eventuell heilen, bei den größeren wenigstens die Diagnose auch bezüglich des Sitzes des Hindernisses stellen. Der Katheter kann aber auch gefährlich durch Inficirung werden, und in solchen, von vornherein wegen der Größe etc. nicht radikalen Erfolg versprechenden Fällen soll man lieber gleich zur Operation schreiten und bei septischen Fällen der konservativen Operation die Nephrostomie vorausschicken. Der lumbale Weg ist ungefährlicher und nicht schwerer, als der abdominale. Die seitliche Anastomose ist der Endanastomose vorzuziehen.

II. Über den Werth des chirurgischen Eingriffes bei der Tuberkulose der Harnwege.

Der 1. Berichterstatter, Saxtorph (Kopenhagen), behandelt die Blasentuberkulose. Die Miliartuberkulose kommt praktisch nicht in Betracht, es handelt sich nur um die isolirte chronische Uro- und Urogenitaltuberkulose, rein oder in Verbindung mit der gewöhnlichen Eiterinfektion. Der Ursprung der Blasentuberkulose ist fast stets ein älterer Lungenherd, von welchem aus die auf dem Wege des Blutes transportirten Bacillen, von der Niere absteigend, oder von der Prostata, Hoden, Samenbläschen aufsteigend, die Blasenschleimhaut erreichen, um in ihr sich einzunisten. Gegen primäre Infektion ist die Blase so gut wie immun. Eine radikale Behandlung der Blasentuberkulose würde also die Ausrottung der Ausgangsstelle im Uro- oder Urogenitalsystem durch Nephrektomie, Harnleiterresektion, Kastration etc. zum Ziele haben. Geht dies nicht, so kann man auch die Blasentuberkulose nicht radikal beseitigen wollen. Ist aber wiederum der Primärherd ausgeschaltet, so kann die Blasentuberkulose, wenn nicht zu alt oder zu tief eingewurzelt, von selbst ausheilen. Operativ ist die Tuberkulose nur von der Sectio alta aus unter Kontrolle des Auges blutig und mit nachfolgender Thermokaustik bei beiden Geschlechtern in Beckenhochlage auszurotten mit örtlicher und allgemeiner Nachbehandlung. Ist die Infektionsquelle für die Blase nicht ein für alle Mal zu verstopfen, so bleibt die Behandlung immer nur palliativ oder symptomatisch gegen Schmerzen und Urinbeschwerden gerichtet. Dahin gehört Sectio alta mit Thermokaustik und Drainage; Dammschnitt beim Manne, event. mit Auskratzung, Drainage; Auskratzung der kranken Stelle von der Harnröhre der Frau aus; lokale Behandlung mit indifferentesten Auswaschungen (Bor). Alle empfohlenen specifischen Mittel sind werthlos, Höllenstein wird nicht vertragen.

2. Berichterstatter: Hogge (Lüttich): Zur Chirurgie der Urethro-Genitaltuberkulose.

Die örtliche, unblutige Behandlung der Urethra posterior ist die gleiche wie die der Cystitis bei Tuberkulose. Als beste örtlich wirkende Antiseptica empfehlen sich Sublimat, Jodoform, Guajakol, Pikrinsäure, Ichthyol. Die übrigen Agentien sind unsicher, Höllenstein muss direkt verboten werden. Auf diese Art kann mit absteigender Wirkung günstig beeinflusst werden: 1) die Häufigkeit und Schmerzhaftigkeit der Miktion, 2) Hämaturie, 3) Pyurie. Die Urethritis anterior tuberculosa muss mittels des Endoskops örtlich behandelt werden, tuberkulöse Ulcerationen des Penis verfallen dem Messer. Zur blutigen Behandlung mittels Löffel und Thermokauter gelangt man beim Manne durch den Dammschnitt, von dem zugleich Blase und Prostata übersehen werden können. Die Cowper'schen Drüsen liegen ebenfalls im Bereiche der blutigen Behandlung.

Über die blutige Behandlung der Prostata- und Genitaltuberkulose ist Einstimmigkeit bisher nicht erzielt; die Erfahrungen der einzelnen Operateure, ihre

jeweiligen Erfolge nach individuellen Verhältnissen der einzelnen Fälle spielen dabei wohl eine große Rolle. Jedenfalls ist darüber kein Zweifel, dass bei Abscessen und Fistelbildung mit oder ohne Fungus im Bereiche der Prostata, des Vas deferens, der Samenbläschen, Nebenhoden und Hoden die blutige Behandlung den Vorzug verdient vor der exspektativen und rein medikamentösen, aber auch vor der interstitiellen Injektionsbehandlung wegen der größeren Sicherheit und Heilwirkung des Eingriffes. Hier wäre also die Operation direkt indicirt. Nicht solche Übereinstimmung besteht bei den anderen Formen und Stadien der Tuberkulose, im Anfangsstadium und bei den »massiven« Formen der Genitaltuberkulose, auch darüber, welche Ausdehnung der Eingriff haben soll. Bei der Hodentuberkulose kann man konservativ mit einfachen Resektionen am Samenstrange, Nebenhoden, Explorativschnitten in den Hoden auskommen, ohne Totalexstirpation; sind aber die Samenbläschen, Prostata, Blase mit erkrankt, so sprechen einzelne neuere günstige Erfahrungen dafür, dass man vor kühnen, ausgedehnten Operationen nicht zurückzuschrecken braucht, statt sich auf die einfache Kastration zu beschränken.

Der 3. Berichterstatter, Pousson (Bordeaux), giebt statistische Ergebnisse bei chirurgischer Behandlung der Nierentuberkulose.

Zu den Statistiken von Vigneron, Facklam, Palet (1892/93) fügt P. noch 161 Fälle aus den letzten Jahren hinzu, so dass über 600 Fälle insgesammt berichtet werden kann.

1) Allgemeine Ergebnisse:

a. Unmittelbare Mortalität der Operation im Ganzen 21,33%, für die letztjährigen Fälle aber nur 11,68%. Einzelne Operateure haben sie auf 8,95% gebracht. (In der Diskussion führt Albarran an, dass er unter 29 Nephrektomien nur 1 Todesfall [3,5%] habe, und eben so viel bei 15 Nephrotomien.) Die Mortalität bei Nephrotomie und Nephrektomie ist ziemlich gleich (20,8 gegen 21,47%), bei einzelnen Operateuren hat die Incision eine bedeutend höhere Sterblichkeitsziffer als die Exstirpation (18,51% gegen 6,54%). Unter den Ursachen des Todes ist 51mal bei 128 Todten mehr oder weniger vollkommene Unterdrückung der Urinsekretion vertreten als bisher hauptsächlich zu fürchtendes Ereignis.

b. Bezüglich des weiteren Verhaltens nach der Operation ergiebt sich: Nach 63 Nephrotomien 39 Todesfälle an Tuberkulose oder fortschreitendem Leiden innerhalb eines Jahres. Von den 24 Übrigen lebten Einzelne bis zu 10 Jahren, aber 1 mit Lumbarfistel. Von 335 Nephrektomirten starben |42 in einem Jahre an Bacillose, von den 293 Weiterlebenden starben 33 nach einem Jahre, 41 nach 2 bis 3 Jahren, 4 nach 5 Jahren, 7 nach 6 Jahren, 2 nach 8 Jahren; 7 von 105 hatten eine Fistel.

Es zeigt sich, dass die Herausnahme einer Niere im 1. Jahre nach der Operation weniger gefährlich ist, als die Nephrotomie (12,54% Mortalität gegen 61,70%).

2) Ergebnisse bei verschiedenen Formen und klinischen Umständen. Indikationen und Kontraindikationen:

a. Im Stadium der rein bacillären Infektion haben 10 Eingriffe wegen Schmerzen und Blutungen keinen Tod zur Folge gehabt und keine Störung des Harnapparates. Die Diagnose eines versteckten tuberkulösen Herdes würde also genügen, um den Eingriff zu rechtfertigen.

b. Im Stadium der Mischinfektion sind die Resultate weniger befriedigend, aber gleich bei primärer und sekundärer Tuberkulose.

c. Die Zweiseitigkeit des Leidens kontraindicirt den Eingriff nur, wenn die andere Niere echte Tuberkulose beherbergt; eine leichte, harmlose Nephritis hindert weder Nephrotomie noch Nephrektomie, welche sogar bessernd auf das Leiden der anderen Niere wirken.

d. Die Blasenreflexe verschwinden nach dem Eingriffe sowohl bei tuberkulösen wie anderen Mischinfektionen und können örtlich mit besserem Erfolge weiter behandelt werden.

e. Zustand der Lungen und allgemeine Indikationen und Kontraindikationen haben dieselbe Bedeutung wie für alle Operationen.



3) Ergebnisse nach den einzelnen Arten des Eingriffes. Wahl der Methode:

a. Die Nephrotomie kann nur durch die Nothwendigkeit aufgedrungen werden; mit Auslöffelung verbunden, kann sie bei der »massiven« Form der Erkrankung, besonders bei der sehr seltenen hydronephrotischen Form in Frage kommen und ist bisher nur bei der Pyelonephrose in Anwendung gekommen mit zeitweiligem Erfolge und dabei immer mit Fistelbildung.

b. Die primäre Nephrektomie ist die Operation der Wahl, 21,79% Mortalität gegen 30,76% Mortalität bei der sekundären Nephrektomie; die letztere ist erfolgreich im Verlaufe von 2—3 Monaten ausgeführt.

c. Der extraperitoneale Weg fordert nur 21,21% Opfer gegen 34,04% transperitonealer Operation.

d. Die selten ausgeführte partielle Nephrektomie hat sich als ungenügend erwiesen, das erhaltene Parenchym der Niere war, wenn nicht tuberkulös, doch sonst häufig entzündet.

III. Dauerergebnisse operativer Behandlung der Prostatahypertrophie.

1. Berichterstatter: v. Frisch (Wien): Ein wirklicher Dauererfolg kann nur erwartet werden von den »Radikal«-Operationen, welche das Urinabflusshindernis unmittelbar beseitigen. Dahin gehört die Prostatectomia suprapubica, perinealis, lateralis und die galvanokaustische Incision nach Bottini. Der Erfolg ist um so dauerhafter, je ausgiebiger das Hindernis beseitigt und der Weg auch nach der Vernarbung freier geblieben ist. Man wird ihn am sichersten bei den Operationen erwarten können, wo man unter Kontrolle des Auges arbeiten kann, wie bei den Prostatektomien. Aber gerade diese sind an sich und unter den gegebenen Umständen gefährlich, wie übrigens auch die Bottini'sche Operation nicht so harmlos ist. Mit all diesen Methoden können unter Umständen tadellose Ergebnisse erzielt werden, selbst bei ungenügender Blasenmuskelkraft; nur fehlt es uns leider an bestimmten Anhaltspunkten zur Prognose wie zur Wahl der Methode und für unser Vorgehen im Einzelnen. Denn die Fälle und die individuellen Eigenthümlichkeiten sind außerordentlich verschieden. Bei der Bottini'schen Kaustik giebt selbst das Cystoskop nicht einmal immer Aufschluss über die eigentliche Ursache der Retention, und bei der Prostatektomie kann es eben so liegen. Auch giebt der augenblickliche Erfolg noch keine Gewähr für die spätere Zeit, wo die Narbenformation und weitere Drüsenveränderungen neue Hindernisse schaffen können.

2. Berichterstatter: Legueu (Paris): Auf 3 Wegen hat man bezweckt, der Prostatahypertrophie oder ihren Folgen entgegenzuwirken, mit den Hodenoperationen, Cystostomien und den Prostatektomien. Bei den ersteren haben die Ersatzoperationen am Samenstrange die Kastration nicht ersetzen können. Die Kastration beider Seiten hat zwar die erst erregten Erwartungen nicht erfüllt, hat aber doch den Kranken subjektiv verhältnismäßig größeren Nutzen gebracht, als der anatomischen Einwirkung auf Verkleinerung der Prostata entspricht. Die Kranken fühlen sich erleichtert durch das Verschwinden der kongestionellen Reizzustände, durch die Wiederkehr der Blasenkontraktilität, die Verringerung des Residualharnes durch die weniger häufig nothwendige Katheterisirung und Miktion. Bezüglich einer Dauerwirkung muss man aber gegenüber den anderen Methoden sagen, das Opfer lohnt sich nicht. Die Cystostomie hat ihren Werth als Drainage, aber keinen gegen die der Prostatahypertrophie eigenthümlichen Leiden, sie ersetzt ein Siechthum durch das andere.

Der direkte Angriff auf die Prostata verspricht allein die Zukunft für sich zu haben. Das Adenom und Fibrom der Drüse muss eben behandelt werden wie die gleiche Geschwulstbildung anderer Organe. Über die Dauerwirkung der elektrolytischen Prostatotomie nach Bottini fehlen uns allerdings noch genügende Erfahrungen. Das Verfahren ist blind, und vielfache Recidive sind bezeugt. Die Wegnahme eines Theiles der Prostata wirkt ausgezeichnet, aber nur, wenn eben ein Theil der Drüse, gestielt oder nicht, der Entleerung der Blase sich entgegenstellt.

Totale Hypertrophien, totale Stenosen können nur durch die totale Prostatektomie bekämpft werden. Obwohl heute die Operation noch nicht voll gewürdigt werden kann, hat man doch den Eindruck, dass die frühzeitig vor dem Eintritte der üblen Begleiterscheinungen ausgeführte perineale totale Prostatektomie die Operation der Wahl werden wird.

Aus der Diskussion ergiebt sich im Allgemeinen eine Übereinstimmung mit den Berichterstattern dahingehend, dass die Operationen an der Prostata selbst, vor Allem die Prostatektomien, immer mehr Boden gegenüber den Aushilfsoperationen gewinnen. Bezüglich der Ersatzoperationen für die Kastrationen kommen folgende statistische Ergebnisse zum Vorscheine: Carlier (Lille) hat unter 6 Resektionen des Samenstranges nur 2mal günstige Erfolge, Nicolich (Triest), ein großer Freund der Vasektomie, hat dieselbe 35mal ausgeführt, aber doch nur 5 = 14% Heilungen, Hogge auf 3 doppelseitige Vasektomien nur vorübergehende Besserungen, Harrison dagegen bei über 100 Vasektomien bei mehr als 60 Jahre alten Leuten im Allgemeinen weit überwiegend dauernde, gute Resultate gehabt.

Über die Bottini'sche Operation lautet die Statistik der Kongressredner folgendermaßen: Nicolich (Triest) unter 29 Fällen 22 Heilungen, 2 Nichtbesserungen, 2 Todesfälle; E. Frank (Berlin) hat auf 7 Operationen 6 befriedigende Erfolge; Freudenberg (Berlin) hat bei 69 Kranken 86mal operirt mit 50% Heilungen, 26% Besserungen, 13% Nichterfolg, 11% Tod, davon unter den letzten mit besserer Technik operirten 11 Fällen 9mal vollen Erfolg erzielt; Giordano (Wien) hat bei 15 Kranken 9 Heilungen, 3 Besserungen, 3 Nichterfolge; bei den Geheilten figurirt aber 2mal Nothwendigkeit, die Operation zu wiederholen, einige Pat. mussten wieder zum Katheter greifen. Eine Generalstatistik ergiebt nach Freudenberg 86,63% gute Erfolge, 7,66% Nichterfolge, ca. 5% Mortalität.

Statistik der Prostatektomie: Pousson (Bordeaux) hat 20 Prostatektomien mit 5 Todesfällen bei sehr alten Leuten und ausgesprochener Infektion, 6 vollkommene, 2 nicht vollständige Heilungen, in allen anderen Fällen Aufhören der cystitischen und infektiösen Erscheinungen; Giordano (Wien) hat 3 Operationen mit je einer Heilung, Besserung, Misserfolg; Desnos (Paris) 29 Prostatotomien (suprapubica) mit 17 guten Erfolgen bis zur Heilung, 7 Nichtbesserungen, 3 Todesfällen; Loumeau (Bordeaux) hat auf 3 partielle Prostatektomien 3 erhebliche Besserungen.

IV. Dauerergebnisse nach blutigen Eingriffen bei den Verengerungen der Harnröhre.

Der 1. Berichterstatter, R. Harrison (London), zieht aus den vorliegenden Erfahrungen folgende Schlüsse: Sitzt bei den periurethralen Verengerungen der Urethra posterior die Schnürung nur in den fibrösen Strängen der Submucosa, so dass bei der Divulsion (Perrève und Holt'sche Operation) nur diese Stränge zerrissen werden, während die unverengt gebliebene Schleimhaut glatt auf ihren normalen Umfang gedehnt werden kann, so kann man auf einen wirklichen Dauererfolg rechnen. Ist die Schleimhaut aber selbst in die Verengerung mit einbezogen, so reißt sie mit ein, und dann giebt es, wie bei den äußeren Verletzungen, unfehlbar eine neue Striktur.

Die Urethrotomia interna kann nur in den Fällen, wo höchstens ein mittelgroßer Schnitt genügt, um die ganze Dicke der Striktur zu trennen, die normale Lichtung dauernd und durch sich allein herstellen; die nachgelegte Bougie ist zwar durchaus zu empfehlen, aber nicht auf ihr beruht die gute Wirkung.

Sind die Strikturen dagegen mehrfach und zu mächtig, so ist die Urethrotomia interna ungenügend, um die Wiederkehr der Striktur sicher zu verhüten. Die Verletzungen der Harnröhre zeigen die toxischen Wirkungen des Urins sowohl auf die betroffenen Gewebe selbst, wie auf den Organismus im Ganzen, die Gefahr wird aber um so geringer, wenn eine passende Ableitung die Urinstauung verhütet. Bei den mit Incision vorbehandelten, aber recidivirenden Strikturen und solchen von zu großer Ausdehnung soll man dieselben lieber nach allgemeinen chirurgischen Principien im Ganzen ausheben. Die Neigung zur Retraktion und zum Recidiv nach Urethrotomia interna wird durch gleichzeitige Anwendung syste-

matischer und immer wirksamer Drainage, kombinirt mit Urethrotomia externa oder perinealer Punktion, beträchtlich verringert.

2. Berichterstatter: Heresco (Bukarest): Keines der bis jetzt bekannten blutigen Verfahren gegen die Striktur kann dieselbe endgültig heben, ausgenommen in bestimmten Fällen die Resektion der Harnröhre. Die Urethrotomia interna dient besonders bei der gonorrhoischen Sklerose, aber sie führt keine radikale Heilung herbei, sondern erleichtert nur die Dilatation, ohne welche die Harnröhre sich wieder zusammenzieht. Je nach der Natur der Striktur und der Ausgiebigkeit der Dehnung bleibt die Harnröhre wochen- bis jahrzehntelang weit. Die Urethrotomia externa verhält sich auch nicht viel anders; aber wenn der Damm von Verhärtungen, Fisteln durchsetzt ist, hat diese den großen Vorzug, dass die umliegenden Theile wenigstens abgelöst werden. Die Resektion der Harnröhre kann allein unter ganz bestimmten, nur leider sehr selten gegebenen Bedingungen eine Radikalheilung herbeiführen. Allen blutigen Eingriffen soll aber dauernde Dilatation folgen.

Der 3. Berichterstatter, Albarran (Paris), unterscheidet zwischen entzündlichen und traumatischen Strikturen. Bei den entzündlichen, nicht komplicirten Strikturen ist die Recidivfähigkeit am größten nach der Elektrolyse; dann in absteigender Häufigkeit nach der progressiven Dilatation, Urethrotomia interna, externa, Resektion, Plastik. Die einzeitig, im raschen Zuge durchgeführte Elektrolyse ist bezüglich des Recidivs am unzuverlässigsten, die allmählich durchdringende wirkt vielleicht besser, aber ein abschließendes Urtheil ist darüber noch nicht möglich. Die fortschreitende Ausweitung der Harnröhre muss methodisch bis Béniqué 60 durchgeführt werden und kann unter bestimmten Bedingungen, wenn es gelingt, den Kanal glatt und geschmeidig zu erhalten, die Urethritis zu heilen und der urethralen und periurethralen Infektion entgegenzuwirken, auch gute Dauerwirkung entfalten; die Harnröhre muss nur danach immer von Neuem auf ihre Weite geprüft werden. Die Urethrotomia interna ist als nichts anderes zu betrachten, als die Vorarbeit für die allmähliche Dilatation und wirkt namentlich in mehreren kleineren Schnitten unter den bei der Dilatation angeführten Bedingungen günstig. Die Urethrotomia externa wirkt energischer und unter Umständen auch für sich allein; sie erfordert aber im Allgemeinen dieselbe Nachbehandlung (Dilatation etc.) und ist nur bei begrenzten Strikturen anwendbar.

Die Resektion der Harnröhre in der Damm-Hodensackgegend giebt bei vollständiger Exstirpation des Erkrankten auch ohne Nachbehandlung dieselben oder noch bessere Dauererfolge, wie die Urethrotomia externa; in dem Penisbezirke hat sie aber Verkrümmungen des Gliedes im Gefolge.

Bei komplicirten entzündlichen Strikturen (Geschwülsten, Fisteln) kann nur Urethrotomia externa, noch besser aber die Resektion helfen. Die Plastiken haben ihre besonderen Indikationen.

Bei den traumatischen Strikturen versagen alle Methoden, außer der Resektion, welche aber hier noch bessere Dauerergebnisse liefert, als bei den entzündlichen Strikturen.

Von Einzelmittheilungen auf dem Kongresse seien nach dem Berichte der Gazette des hôpitaux folgende hervorgehoben:

Zur Chirurgie der Urethra:

Legueu (Paris) berichtet über 2 Fälle von retrogradem Katheterismus wegen Ruptur der Urethra posterior, von denen der eine ohne Zusammenhang mit dem Eingriffe einige Tage später tödlich endete, der andere per primam genas. Das Verfahren hat gegenüber der Ausstopfung ganz unleugbare Vorzüge.

Perkucki berichtet über einen Fall von chronischer Blennorrhagie bei doppelter Harnröhre. Heilung durch Spaltung des Kanales.

Javet (Paris): Über die Behandlung der Blennorrhagie bei der Frau, mit Infektion der Urethra, der Skene'schen, Bartholin'schen Drüsen, der Scheide und des Collum uteri. Alle diese Herde müssen desinficirt werden. Für

die Harnröhre dient eine Bespülung mittels rückläufigen Katheters mit 0,5—1,0 zu 1000 Kal. hypermangan.-Lösung, die Skene'schen Drüsen werden ausgedrückt und mittels feinster Spritzenkanüle mit 1 : 300 der Lösung bespült, eben so die Bartholin'schen Drüsen; die Scheide mit 0,5 : 1000 ausgespült, das Collum uteri mittels eines mit 1 : 100 getränkten Tampons behandelt.

Pasteau (Paris): Über urethrale Neuralgien, welche namentlich beim weiblichen Geschlechte im Gefolge von chronischen Blennorrhagien auftreten. Behandlung erfordert Bekämpfung der Urethritis mittels Antiseptica, der Schmerzen mittels Anästhetica und der gewöhnlich vorhandenen Sphinkterkontraktur durch Dilatation mittels eines eigenen kannelirten und mit Centralkanal zur Instillation von Guajakol (5 : 100) versehenen Béniqué.

Dorst (Amsterdam): Über Phagocytose vom praktischen Gesichtspunkte aus. Lokale heiße Applikationen befördern die Koncentration der polynukleären Leukocyten und die Ausscheidung des Virus.

Frank (Berlin) hat bei 210 Fällen von Urethritis posterior in jedem Falle die Prostata mitergriffen gefunden, und 96mal bereits innerhalb der ersten 8 Tage. Durch die Behandlung muss das Fortwandern des Virus von der vorderen Urethra auf die hintere durch koupirende Auswaschungen verhütet werden. Unter 651 Fällen war die hintere Urethra 210mal = 33,25% ergriffen. In dem Prostatasekret fanden sich 179mal Gonokokken, 20mal andere Bakterien.

Freudenberg (Berlin) empfiehlt zur Elektromassage der Prostata die Methode mit dem in den Mastdarm eingeführten, als Leiter dienenden »elektrischen Finger«.

Zur Chirurgie der Blase.

Bezüglich des besten Verfahrens, die Blase zu schließen, geht die Neigung der Chirurgen mehr und mehr dahin, einfachen Nahtverschluss zu wählen. Imbert (Montpellier) hat Thierexperimente gemacht, welche zeigen, dass bei intraperitonealen, 1—2 cm langen Blasenwunden dieselben innerhalb 48 Stunden vernarben. Nach dem Blasenschnitte wird möglichst vollkommener Blasennahtverschluss mit Drainage des Cavum Retzii von Carlier (Lille) empfohlen, außer bei zu tiefer Alteration der Blasenwand. Michailowski (Philippopel) hat 28mal mit 2 Todesfällen die Blase in einer Lage geschlossen; dasselbe Verfahren empfiehlt Dellagrammatica (Konstantinopel). Bei Kindern eignet es sich noch mehr, wie bei Erwachsenen. Über die Anwendung des Dauerkatheters hierbei bestehen verschiedene Meinungen: Nicolich (Triest) verwirft ihn als gefährlich, Legueu hat ihn meist nützlich befunden.

Über Blasensteine berichten Chevalier (Paris): Inkrustation der Schleimhaut mit Auskratzung; Juarez de Mendoza (Madrid): 2 encystirte Steine; Reynès (Marseille) und Pavone (Palermo): Extraktion von Haarnadeln nach Cystoskopirung; Sepp (Amsterdam): Seidenfaden nach Laparotomie.

Hache (Beyruth) empfiehlt die Boutonnière zur Extraktion von Blasensteinen beim Kinde.

Ethnologische Mittheilungen über Blasenkrankheiten machen Trekaki (Alexandria), welcher die häufigen Blasensteine in Ägypten (10% der eingeborenen Krankenhäusler) auf den Genuss von Nilwasser mit seinen Salzen und den Bilharziaeiern schiebt. Preindlsberger hat in Bosnien 4—5mal mehr Blasensteinkranke als in Böhmen, und zwar bei Christen mehr als bei Muhamedanern, gefunden. Kallivagis (Athen) stellt das häufige Vorkommen in Griechenland in Folge der vegetarischen Lebensweise (frische Tomaten!) fest.

Javet (Paris), Hogge (Lüttich), Nanu (Bukarest) beschäftigen sich mit der Bakteriurie und ihrer Behandlung. Die Ersteren empfehlen zur Desinfektion und Klärung des Urins das Urotropin in Dosen von 0,25—1,0 pro die.

Albarran und Cottet (Paris) sprechen über die Rolle der Anaëroben bei der Urininfektion und kommen zum Schlusse, dass die anaëroben Mikroben allein oder mit aëroben gemischt gutartige Urininfektionen herbeiführen können.

Diese Organismen spielen aber bei fast allen, wenn nicht in allen schweren diffusen, gangränescirenden Infektionen vorwiegend oder ausschließlich die Hauptrolle. Die Anaëroben können eben so wie die Aëroben die Träger einer Allgemeininfektion sein.

Kurz erwähnt werden die Vorträge von Denis Courtade (Paris) über die Blasenstörungen aus neurasthenischer Ursache und ihre Behandlung; Guisy (Athen) über Neuropathia urinaria und Psychopathia sexualis; experimentelle Studien von Bruci über die Toxicität des Urins und seine Immunisation; Goldberg über die Behandlung der Neurasthenia urinaria; Le Clerc-Dandoy (Brüssel): Ein neues Verfahren der Blasendrainage nach Sectio suprapubica; Loumeau (Bordeaux): Vesico-Vaginalfisteln; Hugh Hampton Young (Baltimore): Cystitis nach Typhusbacilleninfektion; Escat (Marseille): Leukoplasia vesicalis primitiva haemorrhagica.

Zur Chirurgie der Niere:

Kümmell (Hamburg) hat Untersuchungen angestellt über die Bedeutung der Gefrierpunktbestimmung des Blutes und des Urins vor Nierenoperationen und hat in Übereinstimmung mit Korányi bei genügender Urinausscheidung den Gefrierpunkt des Blutes auf —0,55 bis 0,57, für den Urin auf —0,9 bis 2° festgestellt, was namentlich dann von Werth sein kann, wenn man beide Nieren getrennt ureteral katheterisiren kann.

Mit dem Ureterenkatheterismus beschäftigen sich Casper (Berlin) und Albarran (Paris). Der Erstere hebt besonders die Bedeutung der Phloridzinprobe zur Erkennung der Nierenthätigkeit hervor.

Escat (Marseille) berichtet über eine Beobachtung von vasomotorischer und sekretorischer Nephroneurose. Ein junges Mädchen wird zum 1. Male nephrotomirt wegen einer Steinanurie mit hysterischem Charakter von mehr als 1monatlicher Dauer ohne Urämie. 1 Monat nach der Operation Wiederholung der Anurie mit Erbrechen. Genesung einfach durch Chloroformnarkose. Dann neues Recidiv mit täglichem Abgange von Kalkkarbonatsteinen; 2. Nephrotomie, die Niere bleibt 3 Monate offen. Jetzt Wohlbefinden 3 Monate nach Schluss der Wunde. Dazwischen Polyurie und Lipurie.

Pousson (Bordeaux) spricht über reno-renalen Reflex. Er glaubt an die Möglichkeit einer sympathischen Nierenerkrankung nach Analogie der sympathischen Augenerkrankung bei langer Dauer einer Nierenentzündung. Frühzeitige Operation beseitigt nicht allein das Leiden der einen Niere, sondern schützt zugleich die zweite.

Michon und Pasteau (Paris) theilen die Ergebnisse ihrer Untersuchungen über die kleinen Nierenretentionen bei der beweglichen Niere mit. Sie variiren zwischen 7—40 ccm und setzen die Ausscheidungskraft der Niere herab. Die Diagnose kann bei so kleinen Mengen weder durch Palpation, noch durch den Einfluss auf die Beweglichkeit der Niere, noch durch Empfindlichkeit, sondern nur durch den Ureterenkatheter geschehen. Derselbe kann, wie in 2 Fällen beobachtet, allein zur Heilung führen. Sonst muss man zur Nephrorrhaphie (3 Fälle mit Heilung) greifen. Das Vorhandensein einer solchen kleinen Retention ist direkt Indikation für die Nierenanheftung.

Weitere Mittheilungen machen über die Wanderniere bei den Arabern Trekaki (Alexandrien); Reynès (Marseille) über neoplastische, pseudoessentielle Hämaturie; Mankiewicz (Berlin) über Nierenoperationen bei Erkrankung oder Fehlen der anderen Niere; Nanu (Bukarest): Nephrotomie bei Anurie wegen Uteruscarcinoms; Guillet: Nephrotomie wegen maligner Tumoren.

Herm. Frank (Berlin).

26) **F. Cathelin.** Calcul diverticulaire sous-uréthral développé autour d'une épingle à cheveux chez une jeune fille de 17 ans; taille uréthrale.

(Bull. et mém. de la soc. anatom. de Paris T. LXXV. No. 7.)

Wegen Juckens im Orif. urethrae eingeführt hatte sich die Nadel — die Spitze voran — zwischen Harnröhre und vorderem Scheidengewölbe eingenistet. 3 Monate wurde sie ohne Beschwerde vertragen; dann entwickelte sich starke eitrige Cystitis. Durch Spaltung der Harnröhre wurde der Zugang zu der von einem unregelmäßigen Steine umgebenen Nadel gebahnt und diese nicht ohne Mühe entfernt. **Christel** (Metz).

27) **J. M. Thorn.** A case of recurrence of calculus in a paraplegic subject — suprapubic lithotomy — twice performed.

(Guy's hospital reports Vol. LIV. London. **J. & A. Churchill,** 1900.)

Bemerkenswerth an dem Falle ist, abgesehen von dem in der Überschrift Angedeuteten, Folgendes:

Der Stein hatte sich nach 10jährigem »Katheterleben« bei schwerer Cystitis entwickelt; es bestanden hochgradige Schmerzen und Krämpfe in den unteren Extremitäten. Die Einführung von Instrumenten durch die Harnröhre war durch Prostatahypertrophie sehr erschwert. — Bei der ersten Cystotomie wurde die Blase 2reihig mit Seide genäht, die Haut wurde ebenfalls bis auf eine kleine Öffnung geschlossen (trotz des fauligen Urins! Ref.). 6 Tage lang funktionirte die Heberdrainage per urethram, dann gab die Blasenwunde nach, und es musste von oben her drainirt werden. Trotzdem Entlassung schon nach 19 Tagen in erheblich gebessertem Zustande. Urin viel klarer, keine Schmerzen, keine Krämpfe, Katheterismus nur noch 2mal Nachts nöthig.

3 Monate später Wiederkehr der alten Beschwerden, wieder ein Stein zu fühlen. Versuch einer Extraktion durch die Harnröhre gelingt nicht, dabei zerbricht der Stein. Abermals Cystotomie; 3 Steinfragmente entfernt, die im Inneren Seidenfäden enthalten (versenkte Schleimhautnaht bei der 1. Operation! Ref.). Annähen der Blasenwunde an die Haut. Vom 14. Tage ab Verweilkathether, am 21. mit noch nicht geschlossener Wunde gebessert entlassen. Kräftiges Einpudern der Wundumgebung mit Borax hält die Haut ekzemfrei. **R. v. Hippel** (Dresden).

28) **R. Beneke.** Ein Fall von Osteoid-Chondrosarkom der Harnblase mit Bemerkungen über Metaplasie.

(Virchow's Archiv Bd. CLXI. p. 70.)

Verf. beschreibt ein in der Litteratur als Unicum dastehendes Präparat, das durch hohen Blasenschnitt bei einem 71jährigen Manne, der seit einigen Jahren an Harndrang und Blasenblutungen litt, entfernt worden war. Die kleinapfelgroße, blumenkohlförmige, steinharte Geschwulst hatte die ganze Blase ausgefüllt und saß mit einem Stiele an der hinteren Wand fest. Dieser konnte leicht durchtrennt und damit die Geschwulst vollkommen entfernt werden. 8 Wochen später starb Pat. Bei der Sektion der Blase fand sich an der Abtragungsstelle der primären Geschwulst ein ausgedehntes Recidiv und außerdem noch in der Umgebung eine Anzahl metastatischer Geschwulstknoten.

Die mikroskopische Untersuchung dieser Mischgeschwulst ergab einen sehr komplicirten Bau, und Verf. neigt am meisten zu der Annahme, dass sie entstanden sei aus einer versprengten embryonalen Keimanlage.

Die Bemerkungen über Metaplasie müssen im Originale nachgelesen werden. **Fertig** (Göttingen).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 4. **Sonnabend, den 26. Januar.** **1901.**

I.

Nochmals über Chirol.

Von

R. Schaeffer, Berlin.

In No. 31 dieser Zeitschrift hatte ich das von R. Kossmann empfohlene, von der Firma J. D. Riedel hergestellte Chirol nachgeprüft und nachgewiesen, dass dieses Mittel keine auch nur einigermaßen genügende Schutzdecke den operirenden oder untersuchenden Händen verleiht, weil 1. das Chirol sich durch leichte Berührung abblättert, besonders an den Fingerbeeren, und 2. weil sich durch bakteriologischen Versuch unschwer zeigen ließ, dass die Keime der Haut mit großer Leichtigkeit durch den Chirolüberzug nach außen gelangen.

Gegen beide Feststellungen erhebt Kossmann in No. 38 dieser Zeitschrift Widerspruch, indem er mir Abweichungen seiner Vorschriften vorwirft, durch welche meine ungünstigen Ergebnisse hervorgebracht seien. Außerdem veröffentlicht er selbst einige bakteriologische Versuche, welche die Vorzüglichkeit des Mittels nach seiner Meinung beweisen.

Da Kossmann seine erste Mittheilung über diesen Gegenstand (No. 22 d. Centralbl.) mit den Worten schließt: »Einen besonderen Dienst endlich würde ich glauben den Mitmenschen geleistet zu haben, wenn die Hebammen genöthigt würden, sich des Chirols bei ihrer Thätigkeit zu bedienen«, so hielt ich mich für verpflichtet, meine Nachuntersuchungen noch einmal wieder aufzunehmen, um dem für so werthvoll erachteten Mittel keinen ungerechten Abbruch zu thun.

Die Einwände Kossmann's gegen meine Nachuntersuchungen sind folgende:

1) Ich hatte ausgeführt, dass sich der Chirolüberzug durch einfaches mehrmaliges Reiben der Fingerbeeren gegen einander entfernen lasse, was man mit Sicherheit daraus erkenne, dass sich das rauhe Aussehen der normalen Haut an diesen (geriebenen) Stellen von der glänzenden, noch mit Chirol überzogenen Nachbarschaft deutlich abhebe. Während durch das Eintauchen der Hände in Chirol die Cutisleisten, die gerade an den Fingerbeeren jene bekannte eigenthümliche bogenförmige Zeichnung aufweisen, fast völlig verwischt werden, tritt diese Zeichnung und das dadurch hervorgerufene sammetartige Aussehen der Haut nach wenigen Reibebewegungen der Finger deutlich zu Tage. Über solche Thatsachen, die ein Jeder jederzeit nachmachen kann, lässt sich überhaupt nicht streiten. Ich habe diesen Versuch mindestens ein Dutzend mal gemacht. Wenn Kossmann das Hervortreten der sammetartigen normalen Haut durch Reiben der Fingerspitzen gegen einander nicht konstatiren konnte, so kann der Grund nur darin liegen, dass er in so sanfter Weise seine Finger gegen einander bewegt hat, dass diese streichelnde Bewegung zur Abschülferung nicht genügte. Eine Blaufärbung des Chirols ist, wie ich hervorhob, zum Erkennen dieser Abschülferung nur hinderlich, und es ist völlig gleichgültig, ob man, wie ich es gethan, einige Tropfen koncentrirt alkoholischer Anilinblaulösung zusetzt oder, wie Kossmann will, etwas »spirituslösliches Anilinblau« in Substanz. Der Zusatz dieses trockenen »spirituslöslichen Anilinblaus« zum Chirol ergab — wie ich mich besonders überzeugte — genau dieselbe diffuse Färbung der Haut, die sich bei der Verwendung der alkoholischen Anilinblaulösung als störend erwiesen hatte. Dieser Einwand Kossmann's gegen den von mir verwendeten Farbstoff trifft nicht das Wesen der Sache, welches darin besteht, dass die leichte Abschülferung ohne jeden Farbstoffzusatz völlig eindeutig erkennbar ist, und ist außerdem ein willkürlich konstruirter, weil er der Beobachtung und der Wirklichkeit widerspricht.

2) Ich hatte behauptet, dass das Eintrocknen des Chirols 8—10 Minuten dauert, ohne auf die Unzuträglichkeiten, die sich hieraus für den praktischen Gebrauch ergeben, näher einzugehen. Kossmann nennt diese Behauptung unrichtig und führt sie zum Theil darauf zurück, dass ich die Hände zu lange im Chirol belassen habe. In Folge dieses Einwandes wiederholte ich die Versuche, indem ich zu 8 verschiedenen Malen die Hände 10 Sekunden bis herunter zu 6 Sekunden in die Lösung tauchte. Nach 7 Minuten waren die Finger noch nie trocken, meist musste ich 9 und mehr Minuten warten. Der Unterschied unserer Angaben kann nur darin bestehen, dass Kossmann unter trocken etwas anderes versteht, als ich und »man« darunter verstehen kann. Denn der Trockenzustand der chirolbedeckten Hände ist erst dann als eingetreten anzusehen, wenn die an einander gelegten Finger nicht mehr kleben bleiben. Anderen Falls reißt man beim Auseinanderziehen der Finger das Chirolhäutchen direkt entzwei, ganz abgesehen von dem außerordentlich belästigenden klebrigen Gefühl, welches das noch nicht völlig erstarrte Chirol bei der Berührung erzeugt. In der Ankündigung der Fabrik wird auch das Fehlen jeder Klebrigkeit nach vollendeter Eintrocknung ausdrücklich hervorgehoben.

Auch ein starker Ätherzusatz ändert an dieser Zeitangabe wenig. Ich habe mehr als die gleiche Menge Äther zu dem seinerzeit von der Riedel'chen Fabrik bezogenen, fest verkorkten Chirol zugesetzt und selbst bei dieser ganz dünnflüssigen Masse noch nach 5 Minuten Klebrigkeit konstatiren können. Bei so starker Verdünnung wird aber das Häutchen so dünn, dass es sich durch leichtes Gegeneinanderreiben der Handflächen vollständig wieder entfernen lässt.

3) Während aber die beiden bisher besprochenen Punkte von mehr untergeordneter, jedenfalls nicht ausschlaggebender Bedeutung sind, ist die Hauptfrage die: Lässt der Chirolüberzug die Bakterien der Hand hindurchtreten oder nicht?

Gegen den von mir gemachten Versuch, in welchem ich die mit Prodigiosus inficirten, in Chirol getauchten, alsdann bis zur Eintrocknung ruhig gehaltenen Hände in eben erstarrendes Agar für 10 Sekunden (!) tauchte und beobachten konnte, dass auf diesem eine größere Zahl Prodigiosus-Kolonien zur Entwicklung gelangten, wendet Kossmann ein, dass die Temperatur des flüssigen Agars (50° C.) ein Aufweichen des Chirols und ein hierdurch bedingtes Hindurchtreten der Bakterien ermöglicht habe. So unwahrscheinlich ein derartiger Erklärungsversuch in Anbetracht der kurzen Dauer der einwirkenden Wärme ist, so ist der Einwand, theoretisch betrachtet, berechtigt. Es war daher meine Aufgabe, durch eine andere Versuchsanordnung den gerügten Fehler zu vermeiden, während es Aufgabe Kossmann's gewesen wäre, dieses nun einmal aufgeworfene Bedenken durch einigermaßen umfassende, den heutigen Ansprüchen an bakteriologische Händeuntersuchungen entsprechende Nachprüfungen wirklich zu beseitigen.

Da Kossmann die Arbeiten von Paul und Sarwey und Krönig citirt, ja aus den ungünstigen Resultaten der Händedesinfektion dieser Autoren gerade die Nothwendigkeit seines Händeüberzuges ableitet, so wird er auch wissen, auf Grund welcher intensiven Abimpfverfahren diese Forscher zu dem Resultate gelangt sind, dass es fast unmöglich sei, auch nur in einem einzigen Falle die Hände absolut keimfrei zu machen. Es wäre nun allerdings etwas viel verlangt, wenn man dem Chirol zumuthen wollte, dass es einer 5 Minuten langen Bearbeitung mit spitzen Zahnstochern (wie sie Paul und Sarwey anwandten) oder einem eben so langen Abreiben mit grobkörnigem Marmorsand (wie ihn Krönig verwandte) Widerstand leiste; dass aber ein einfaches Eintauchen trockener Finger in den festen Agarnährboden, wie es Kossmann thut, keine einwandfreie Abimpfmethode ist, dürfte heut zu Tage eigentlich als bekannt gelten. Jedenfalls musste, sobald einmal die Frage von der Bakteriendurchlässigkeit des Chirols angeregt war, die Grenze äußerer mechanischer Einwirkung festgestellt werden, bis zu welcher dasselbe die in der Hand sitzenden Bakterien zurückhält, und es musste durch mannigfach abgeänderte Versuche gezeigt werden, dass eine äußere Einwirkung, die etwa der Wirklichkeit entspricht (Untersuchung seitens der Hebammen, operirende Thätigkeit der Chirurgen), einen Bakteriendurchtritt verhindert — resp. wie oft sie ihn ermöglicht.

Es dürfte nicht zu viel verlangt sein, diese Anforderung an einen Forscher zu stellen, der öffentlich erklärt, dass er einen besonderen Dienst den Mitmenschen geleistet zu haben glaube. Statt dessen berichtet Kossmann über 5 Versuche, angestellt an je einer Petri'schen Schale. Statt, wie es heute allgemein üblich ist, die ganzen Hände und alle 10 Finger in den Kreis seiner Untersuchungen zu ziehen, begnügt sich Kossmann mit 2 und 3 Fingern, im Versuch 5 genügt ihm sogar ein einziger. Als Beobachtungszeit für das Angehen der Kolonien genügt ihm ein 24stündiger Aufenthalt der Platte im Brutschranke (nur in Versuch 1 war eine 1tägige Frist bei Zimmertemperatur vorhergegangen). Sind dem Autor die zahlreichen Angriffe unbekannt geblieben, die Ahlfeld über sich ergehen lassen musste, weil er aus der von ihm erzielten Sterilität eines einzigen Fingers weitgehende Schlüsse zog und weil er seine Kulturen »bisweilen nur 3 Tage« beobachtete?

Das rechtzeitige Angehen der gleichzeitigen Kontrollimpfungen bei den Kossmann'schen Versuchen entkräftigt diesen Vorwurf in keiner Weise.

Indem ich wegen der Einzelheiten der Kossmann'schen Versuche auf das Original verweise, sei das Wesentliche derselben hier kurz angeführt:

Nach Inficirung von 2—3 Fingern mit Pyoceaneus, Eintauchen in Chirol und Trocknen streicht er 3—12mal mit mattgeschliffener Glasplatte über die Fingerbeere »so kräftig, dass ein knirschendes

Geräusch entstand«, und berührt dann mit den trockenen Fingerspitzen eine Agarschale. Mit welcher Behutsamkeit diese Berührung vor sich ging, ergiebt sich aus der beigefügten Photographie, auf welcher keinerlei Einrisse der Oberfläche des Agar zu erkennen sind. Nur in Versuch 3 scheint diese Berührung etwas herzhafter vorgenommen zu sein.

In Versuch 5 wird über den mit Prodigiosus inficirten einen Finger nach Chirolbehandlung ein Gummifingerling gestreift, Finger mit Fingerling 5 Minuten in warmes Wasser getaucht, der Fingerling abgestreift und nun Fingerling und Finger je ein einziges Mal »kräftig auf das Agar gedrückt«.

Dass diese sparsamen und vorsichtigen Versuche, namentlich das kurze Eindrücken des trockenen Fingers in die Agaroberfläche, nicht die Undurchlässigkeit des Chirols gegenüber den in der Praxis vorkommenden mechanischen Einwirkungen auf die Hand erweisen können, bedarf keiner weiteren Ausführung.

Bei meinen Nachprüfungen konnte ich mich auf wenige Versuche beschränken. Mir kam es nur darauf an, die Unzuverlässigkeit des so energisch empfohlenen Mittels darzuthun. Dagegen ist es nicht meine Aufgabe, festzustellen, ob nicht bei dieser oder jener vorsichtigen Behandlung der Chirolüberzug gelegentlich seine Schuldigkeit thut. Die Beweislast, die Zuverlässigkeit eines neuen Mittels durch gründliche Versuche zu erweisen, liegt demjenigen ob, der es empfiehlt und seine Einführung durch staatliche Verordnung sogar zu erzwingen strebt.

Hinsichtlich meiner Versuche sei Folgendes vorausgeschickt. Nachdem meine wohlmeinende Absicht, es mit einem verlängerten Eintauchen der Hände in Chirol ($^3/_4$ Min. statt der geforderten $^1/_4$ Min.) recht gut zu machen, den entschiedenen Tadel Kossmann's gefunden hatte, beschränkte ich mich natürlich auf die von ihm vorgeschriebene Zeit und ließ fortan die Hände nur 9—10 Sekunden in Chirol. Zu verstehen ist dieser Tadel freilich nicht; denn dass eine verlängerte Einwirkung des Chirols ein weniger festes Häutchen hinterlasse, ist eine dem natürlichen Verstande zuwiderlaufende, rein theoretisch konstruirte, vor Allem durch keine Beobachtung gestützte Behauptung.

In jedem Falle wurde das völlige Eintrocknen des Chirols (10 Minuten) abgewartet. Während des Eintrocknens und des weiteren Arbeitens begab ich mich stets in ein anderes Zimmer, als dasjenige war, in welchem die künstliche Infektion vorgenommen wurde, um etwaige Luftinfektion zu vermeiden. Um ja recht mäßige Anforderungen an das Chirol zu stellen, wurden jedes Mal nur 3 Finger und zwar nur die untersten Glieder inficirt. Auf sorgfältiges Eintrocknen des infektiösen Materials und Trockenreiben der Finger wurde jedes Mal geachtet.

Stets wurde die ganze Hand in Chirol getaucht, um etwaigen aus der Unterlassung sich ergebenden Einwendungen vorzubeugen.

Als Infektionsmaterial wurden Pyoceaneus und Prodigiosus verwendet. Beide Bakterienarten sind wegen ihrer Farbstoffproduktion sehr bequem zu verwenden. Beiden haften gewisse Nachtheile an, die man kennen muss. Der Pyoceaneus überzieht in wenigen Tagen die ganze Platte mit einem gleichmäßigen grünen Farbstoff, so dass eine Zählung der auf die Platte gelangten Einzelkeime dann unmöglich wird. Die Prodigiosus-Kolonien haben gar keine Neigung zum Konfluiren, so dass dieser Pilz sich zum Zählen der Einzelkeime hervorragend eignet. Er hat aber den Nachtheil, dass er — wegen seines lebhaften Sauerstoffbedürfnisses — nur oder fast nur auf der Oberfläche wächst. Diese Thatsache muss man sich bei Versuchen mit Prodigiosus stets vergegenwärtigen. Außerdem producirt er seinen Farbstoff nur bei Zimmer-, nicht bei Brutschranktemperatur; daher muss man Platten, auf die Prodigiosus geimpft ist, bei Zimmertemperatur mindestens 8 Tage lang beobachten, um den etwas unter die Oberfläche gerathenen Keimen Zeit zum nachträglichen Aufkeimen zu lassen.

Versuch I

schließt sich dem Kossmann'schen Versuche mit einigen Abänderungen an:

Nach Inficirung der Finger mit Prodigiosus nnd Eintrocknen des Chirolüberzuges ließ ich mir von meinem Assistenten, Herrn Dr. W. Straus, 3 aufgerollte, sterilisirte Kondomfingerlinge über die inficirten Finger ziehen, nach 6 Minuten ruhigem Halten die Fingerlinge wieder zurückrollen und abziehen und (mit der Innenfläche nach oben) auf eine sterile Petrischale legen. Auf diese Schale goss ich über die Fingerlinge 15 g flüssig gemachten abgekühlten Agars. (Schale 1.)

Unmittelbar darauf zog ich über 2 sterilisirte, in eine Petrischale gelegte gewöhnliche Objektträger die Finger, indem ich sie (im Ganzen 12 mal, also jeden Finger 4 mal) ziehend gegen den Objektträger drückte. In diese Schale wurden 10 g Agar über die Objektträger gegossen. (Schale 2.)

Unmittelbar darauf wurden die 3 Finger in eine 3. Petrischale getaucht, welche mit 20 g verflüssigter auf 28° C. abgekühlter Gelatine gefüllt war, und 15 Sekunden darin belassen. (Schale 3.)

In Schale 1 waren nach 5 Tagen ca. 300 distinkte Prodigiosuskolonien sichtbar.

In Schale 2 waren nach 4 Tagen 17 Prodigiosuskolonien zählbar, sämmtlich auf dem einen Objektträger sitzend. Nach weiteren 4 Tagen waren auf dem (mit einer etwas dickeren Agarschicht bedeckten) Objektträger 2 noch weitere 56 Keime hervorgetreten, die nur zum Theil tief rothes, zum Theil aber erst ein blassrothes Aussehen zeigten.

In Schale 3 waren nach 6 Tagen ca. 200 leicht verflüssigte rothe Kolonien sichtbar.

Schlussfolgerung: Trotz vorsichtigen mühelosen Überstreifens der Fingerlinge hat diese leichte mechanische Einwirkung oder die kurz dauernde Bekleidung der Finger mit diesem Überzuge genügt, um massenhaft Bakterien durch das Chirol hindurchtreten zu lassen.

Viel wichtiger aber erschien es mir, den Versuch nach einer anderen Richtung hin anzustellen, nämlich festzustellen, wie sich der Chirolüberzug gegenüber einer bestimmten äußeren Einwirkung verhält, welche derjenigen etwa gleichzusetzen ist, die der untersuchende Finger der Hebammen auszuhalten hat. Aus diesem Grunde wurden in den folgenden Versuchen die chirolbedeckten Finger 10—15 Sekunden lang gegen den angefeuchteten Boden einer Petrischale hin und her bewegt. Da die Untersuchung einer Hebamme, welche die Stellung der Fontanellen und Richtung der Kopfnähte feststellen will, sehr

viel längere Zeit in Anspruch nimmt, so bedeuten diese Versuche das Mindestmaß von Anforderungen, die an einen »undurchdringlichen«, bakteriensicheren Überzug zu stellen sind.

Versuch II.

Nach Inficirung mit Prodigiosus und Eintrocknenlassen des Chirolüberzuges werden die 3 Fingerspitzen in eine sterile (10 cm im Durchmesser zeigende) Petrischale, in welcher sich 2 g kalten sterilen Wassers befinden, getaucht und jetzt 15 Sekunden lang gegen den Glasboden drückend hin und her bewegt.

Diese 2 g Wasser werden sofort auf eine 2. Petrischale gegossen, in welcher sich 15 g noch flüssiges, eben erstarrendes Agar bereits befindet. Nach völliger Erstarrung wird die Schale umgekehrt aufbewahrt, damit etwaige nicht erstarrte Tropfen ablaufen können und keine Konfluenz der Kolonien herbeiführen.

Nach 5 Tagen (Zimmertemperatur) erkennt man, dass zahllose, mindestens 300 tiefrothe Prodigiosuskolonien angegangen sind.

Versuch III.

Derselbe Versuch mit Pyoceaneus (10 Sekunden in 2 g Wasser hin und her bewegt). Brutschrank. Nach 3 Tagen ist die Schale mit einem gleichmäßigen grünen Farbstoff überzogen.

Versuch IV.

Derselbe Versuch mit Prodigiosus, nur mit der Abweichung, dass die 2 g Wasser nicht auf eine mit Agar gefüllte Schale gegossen wurden, sondern dass in die jene 2 g Wasser enthaltende Petrischale 15 g verflüssigtes Agar gegossen wurden. (Schale 1.)

Unmittelbar darauf wurden die 3 Finger in eine 2. bereits erstarrte Agargussplatte tief eingedrückt.

Nach 7 Tagen (Zimmertemperatur) sieht man auf der Oberfläche von Schale 1 19 blutrothe Kolonien. In der Tiefe des Nährbodens erkennt man ca. 150—200 minimale Kolonien, die sich noch nicht gefärbt haben, im Übrigen aber Prodigiosuskolonien, welche in der Tiefe wachsen, genau gleichen. (Siehe Anmerkung.)

Auf Platte 2 sieht man sämmtliche Fingereindrücke mit den sie verbindenden Rissen (am 5. Tage) mit rothen Rändern eingefasst. Es lassen sich mindestens 25 getrennte Koloniefherde nachweisen.

Versuch V.

Derselbe Versuch mit Pyoceaneus (12 Sekunden); die 2 g Wasser werden auf eine eben erstarrende Agarschale gegossen. Dieselbe umgekehrt aufbewahrt. (Schale 1) Fingereindrücke wie in Versuch IV (Schale 2). Nach 2½ Tagen (Brutschrank) sieht man Schale 1 mit intensivem grünen Farbstoff bedeckt; mindestens 300 matt grünweiße Einzelkolonien sind erkennbar.

Auf Schale 2 lassen sich in sämmtlichen 6 Fingereindrücken im Ganzen etwa 100—150 Einzelkolonien erkennen, der größte Theil des Agars ist intensiv grün gefärbt.

Versuch VI.

Derselbe Versuch wie in Versuch V, aber mit Prodigiosus.

Die Wasserplatte (Schale 1) ist am 4. Tage mit mindestens 500 staubförmig kleinen rothen Einzelkolonien übersäet.

Die Fingerplatte (Schale 2) zeigt sämmtliche 9 Fingereindrücke und sämmtliche verbindenden Risse mit mehrfachem rothem Saume umgeben; zahlreiche, noch minimalste rothe Einzelkolonien sind dazwischen zu erkennen.

Nach diesen vollständig übereinstimmenden Versuchen erschien es mir nicht mehr erforderlich, nun noch weiter zu prüfen, wie der

---

Anmerkung: Nachtrag bei der Korrektur: Nach 10 weiteren Tagen sind auf Platte 1 101 rothe Kolonien zählbar, daneben etwa die doppelte Anzahl tiefsitzender nicht roth gefärbter Kolonien.



Chirolüberzug sich gegenüber solchen viel gröberen mechanischen Einwirkungen verhält, die auf die Hand des Chirurgen ausgeübt werden und wie sie beispielsweise das Knoten der Fäden darstellt.

Die von mir in dem früheren Artikel behauptete Unzulänglichkeit des Chirols scheint mir durch diese Versuche vollauf erwiesen zu sein.

Nach den Ergebnissen dieser Versuche glaube ich mithin, wie ich schon damals betonte, der Nothwendigkeit überhoben zu sein, auf die zahlreichen Unzuträglichkeiten der Chirolanwendung namentlich in der Hebammenthätigkeit näher einzugehen.

Der Lässigkeit bei der Händedesinfektion wäre mit der Einführung des Chirols Thür und Thor geöffnet. Die unzählige Male, zuletzt von Tjaden[1] ausgesprochene, nicht scharf genug zu betonende Wahrheit, dass jede innere Untersuchung einer Kreißenden eine gewisse Gefahr für dieselbe bedeutet, würde durch das ungerechtfertigte Vertrauen auf das Chirol im Bewusstsein der Hebammen von Neuem in Frage gestellt werden.

II.

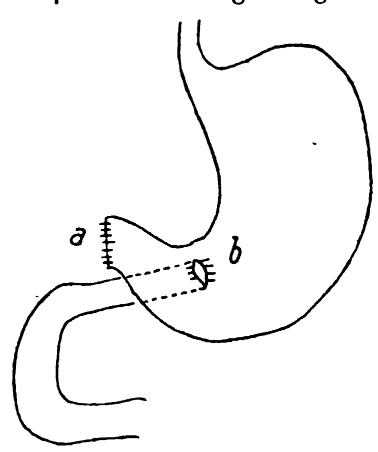
Zwei technische Vorschläge zur Magen-Darmchirurgie.

Von

Dr. Meinhard Schmidt,

Amtsphysikus in Cuxhaven.

I. Ersatz der Pyloroplastik und Gastroenterostomie durch Insertionsrücklagerung des Duodenums. (Gastro-Duodenostomie nach Abtrennung des Duodenums vom Pylorus und Occlusion des letzteren.)



a. Occludirter Pylorusstumpf.
b. Duodenalstumpf, in die Magenhinterwand End-zu-Seit implantirt (»zurückgelagert«).

Das Verfahren, das ich hiermit zur Prüfung den Fachgenossen empfehlen möchte, bildet eine Kombination der Kocher'schen Implantation des nach der Pylorusresektion abgetrennten Duodenums in die Magenhinterwand und der einfachen Gastro-Duodenostomie ohne Pylorusresektion nach Mikulicz-Henle und Jaboulay. Seine schematische Darstellung würde folgende sein:

Es ist klar, dass das Verfahren nur bei gutartigen und circumscripten Pylorusstenosen oder Pylorospasmen

---

[1] Tjaden, Das Chinosol in der Hebammenpraxis. Ctrlbl. f. Gyn. 1900. Nr. 32.

und bei genügender Verschieblichkeit von Magen und Darm zur Ausführung gebracht werden kann. In diesen Fällen aber könnte man, denke ich, sich desselben mit Vortheil bedienen. Vor der Pyloroplastik würde es den Vorzug besitzen, größere Sicherheit vor Strikturrecidiven zu gewähren, vor der gewöhnlichen Gastroenterostomie den der Sicherheit vor dem Circulus vitiosus und der Herbeiführung mehr der Natur entsprechender Kanalisationsverhältnisse. Dass aber die Implantation des Duodenums in die Magenhinterwand ausgezeichnete funktionelle Resultate erzielt, wissen wir aus den Erfolgen der Kocher'schen Pylorusresektionsmethode.

Die Idee zu meinem Vorschlage fiel mir ein, nachdem ich neulich ein Kind mit Säuglingspylorusstenose operirt hatte. Da die Dünndärmchen des Kindes so außerordentlich zart und eng (etwa Notizbleifeder-dick) waren, dass ich bei Ausführung der Gastroenterostomie mit den sero-muskulären Nähten allzuviel vom Lumen des Darmes zu verbrauchen fürchtete, entschloss ich mich zur mechanischen Dilatation des Pylorus von einem Fenster in der Magenvorderwand aus, ein Verfahren, mit dem von Nicoll ja auch ein voller Erfolg erzielt ist. Sicherer aber wäre jedenfalls die Behandlung nach dem erörterten Plane gewesen. (Immerhin ist der Erfolg der vor 3 Wochen gemachten Operation bislang tadellos. Nähere Mittheilung später. Anmerkung bei der Korrektur.) Bei den anatomischen Verhältnissen des Falles, namentlich der völligen Beweglichkeit des oberen Duodenums und des Antrum pyloricum des Magens, wäre er wunderschön ausführbar gewesen. Schade, dass der Gedanke mir zu spät kam!

II. Vermeidung der Tabaksbeutelnaht beim Gebrauche des Murphyknopfes.

Nach gewöhnlichem Verfahren wird zur Einführung der Murphyknöpfe in den Magen oder Darm ein eigenes Fenster geschnitten, das groß genug sein muss, um den dicken kugeligen Theil des Instrumentes passiren zu lassen, und desshalb gleichzeitig stets für die Kanüle desselben zu groß ausfallen muss, so dass es hinterher durch Tabaksbeutelnaht eingeengt werden muss. Die Naht gilt zwar im Allgemeinen für technisch leicht, indess passirt doch Diesem und Jenem damit ein Malheur. Wenn Jonnesco desshalb, um hiervor sicher zu sein, vorschlug, die Öffnung, durch die der Knopf eingeführt war, ganz zu schließen und unter Vordrängung der Knopfkanüle gegen die Magen- oder Darmwand von innen nach außen in diese eine zweite kleinere, eben den Knopfcylinder durchschlüpfen lassende und desshalb keiner Nahtverengerung bedürfende anzulegen, so kann allerdings dies Verfahren, da es mehr als nöthig eingreifend ist, gemissbilligt und als eine unnöthige Komplikation bezeichnet werden, wie es von Terrier und Hartmann geschah[1]. Dagegen verdient es unbedingte Empfehlung, wenn nach einer voraufgegangenen

[1] Chirurgie de l'estomac. p. 124.

Resektion bereits eine Öffnung zur Einführung der Knopftheile vorhanden ist. Handelt es sich um eine Pylorusresektion, so wäre also die Occlussionsnaht des Magenstumpfes bis auf einen Rest der Öffnung an einer Curvaturecke auszuführen und erst, nachdem durch diesen der weibliche Knopftheil in den Magen gebracht, zu vollenden. Will man am Duodenum auch die Schnürnaht vermeiden, so müsste man, zur Gastroenterostomie übergehend, den männlichen Knopftheil in den Duodenalstumpf einführen und ihn im Darmrohre mit den Fingerspitzen weiter rollend und schiebend bis in diejenige Darmschlinge befördern, die zur Anastomose dienen soll. Die Fensterung von Magen und Darm, ganz eben hinreichend zum Durchtritt (»Ausführung«) der Knopfkanülen, ist dann leicht hinzuzufügen. Nach einer Darmresektion wären beide Querschnitte der Darmstümpfe zunächst zur Einführung der Knopfhälfte zu benutzen und hiernach zu schließen. Dann laterale Apposition der Darmstücke und Anastomosenanlage Seit zu Seit.

Ich bedauere, diese beiden Technicismen, die mir einigen Nutzen zu versprechen scheinen, publiciren zu müssen, ohne sie selbst bereits erprobt zu haben. Da ich aber nicht weiß, ob und wann ich hierzu Gelegenheit finden werde, empfahl ich sie schon jetzt, hoffend, dass sie vielleicht in der Thätigkeit der Herren Kollegen verwerthet werden könnten. Mich sollte es freuen, wenn ich davon Nachricht erhalten würde.

---

1) **Pagel.** Biographisches Lexikon hervorragender Ärzte des neunzehnten Jahrhunderts.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1901. XXXIII u. 952 S. 669 Bildnisse.

Das Werk, dessen erste 4 Lieferungen Ref. auf p. 846 des Jahrganges 1900 des Centralblattes kurz besprochen hat, liegt jetzt vollendet vor, eingeleitet durch eine biologisch-historische Übersicht der Entwicklung der Medicin von der Zeit des Hippokrates bis weit in das 19. Jahrhundert hinein aus der Feder von J. Bloch (Berlin) und abgeschlossen durch Nachträge und Ergänzungen, in denen indess noch so mancher Mediciner vergangener Zeit wie unserer Tage hätte Aufnahme finden können, den man nur ungern vermisst. Im Übrigen sei auf die früheren Bemerkungen hingewiesen.

Richter (Breslau).

---

2) **Helferich.** Atlas und Grundriss der traumatischen Frakturen und Luxationen. 5. verbesserte und vermehrte Auflage. 316 Seiten. 79 Tafeln und 158 Figuren im Text von Maler B. Keilitz.

München, **Lehmann,** 1901.

Wenn unter den zahlreichen medicinischen Handatlanten des Lehmann'schen Verlages der H.'sche schon in 5. Auflage — 6 Jahre

nach der ersten — erscheint, so beruht dies nächst den trefflichen Abbildungen und dem knappen, eben so wissenschaftlichen wie auf das Praktische gerichteten Texte vor Allem auf dem unentwegten Bemühen, jeder weiteren Auflage durch fleißige Einarbeitung der Erfahrungen unserer rastlos vorschreitenden Wissenschaft eine höhere Stellung als ihrer Vorgängerin zu geben. Am meisten springen dies Mal als Neueinfügungen bezw. als Ersatz für weniger gelungene frühere Leistungen ins Auge eine große Anzahl von Skiagrammen, zum Theil nach Originalplatten verkleinert, zum Theil nach solchen und Photographien gezeichnet und nach diesen Zeichnungen reproducirt. Sehr mit Recht findet man unter diesen Röntgenbildern solche der normalen Gelenke und zu ihnen gehörige Erklärungsskizzen. Denn nur wer die normalen Verhältnisse des Röntgenbildes klar vor Augen hat, ist im Stande, an die Deutung des veränderten mit Verständnis heranzutreten, wie solche H. nicht nur von frischen, sondern auch von älteren und von ausgeheilten Verletzungen giebt. Aber abgesehen von diesen neuen Abbildungen finden sich Zusätze auch an vielen anderen Stellen des Buches, besonders bei den Brüchen der Kniescheibe und der Metatarsalknochen. — Der Druckfehler Wirbelsäule statt Wirbelbogen auf p. 97 ist aus der vorigen Auflage unverändert übernommen.

Das Buch sei jedem Studenten und jedem Arzte zur Anschaffung empfohlen. **Richter** (Breslau).

---

3) **Van Gehuchten.** A propos des lésions ganglionnaires de la rage.

(Bull. de l'Acad. roy. de méd. de Belg. 1900. No. 6.)

Verf. hat seine interessanten anatomischen Befunde (Zellproliferation, atrophische Zustände in den cerebrospinalen Ganglien, den Ganglien des Sympathicus und besonders des Vagus bei Hunden, die an der natürlichen Wuth verendeten) noch weiter studirt und besonders auch Hunde untersucht, welche a) experimentell mit präparirtem Wuthgifte inokulirt, b) mit gezüchtetem Wuthgifte, dem Virus fixe von Pasteur, inokulirt worden sind. Seine bisherigen Befunde sind inzwischen, abgesehen von ihm selbst und seinem Mitarbeiter Nelis, von Hebrant, Nocard, Daddi, Franca, Sano, Vallée — alles Arbeiten aus dem Jahre 1900 — im Wesentlichen bestätigt worden.

Der heutige Standpunkt der Frage ist folgender: Hunde, welche an der natürlichen Wuth (Rage naturelle, Rage des vues) starben, zeigen stets die bezeichneten ganglionnären Veränderungen höchst ausgesprochen, und diese Veränderungen sind bisher bei keiner anderen Krankheit gefunden, sind somit charakteristisch. — Werden bei Hunden, die als wuthverdächtig getödtet worden sind, die genannten Veränderungen gefunden, so ist die Diagnose der Wuth gesichert; werden sie nicht gefunden, so sind die Impfmethoden, subdurale

*

Injektionen mit Bulbärsubstanz bei Kaninchen, zu machen, um die Diagnose zu sichern.

Hunde, welche mit dem Gifte der Laboratorien, Bulbärgift oder Pasteur'schem, sog. Virus fixe, inokulirt wurden und daraufhin an der Wuth zu Grunde gehen, zeigen bald die für die natürliche Wuth charakteristischen Veränderungen sehr ausgesprochen, bald wenig ausgesprochen, bald gar nicht. Quantitative und qualitative Eigenschaften des Giftes, besonders der Grad seiner Virulenz scheinen hier eine Rolle zu spielen; namentlich aber gehört, um die Veränderungen der Ganglien sehr ausgesprochen zu bekommen, die nöthige Zeit zu deren Entwicklung. So zeigten Thiere, die mit Virus fixe geimpft waren und nun an der foudroyanten Wuth verendeten, keine Spur ganglionärer Veränderungen. — Die Versuche hierüber werden fortgesetzt. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

---

4) **P. Kissinger** (Königshütte i/S.). Über die Beziehungen von traumatischen Einflüssen zur Entstehung von Gelenkrheumatismus und über den pyogenen Ursprung desselben.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 281. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1900.)

K., welcher in dem Königshütter Knappschaftslazarett einige Fälle von mit einem Trauma anscheinend in Zusammenhang stehendem Gelenkrheumatismus mit zu beobachten Gelegenheit gehabt, erörtert in vorliegendem Vortrage die Frage der Beziehungen von traumatischen Einflüssen zur Entstehung von Gelenkrheumatismus auf Grund dieser und der in der Litteratur bisher bekannt gewordenen Fälle, nachdem er unter Darlegung der Ansichten und Kenntnisse, wie sie zur Zeit über die Ätiologie des akuten polyartikulären Gelenkrheumatismus bestehen, sich zu Gunsten der Auffassung des letzteren als einer pyogenen Erkrankung ausgesprochen. Verf. sucht dabei nachzuweisen, dass sich durch diese letztere Annahme die traumatische Entstehung am leichtesten erklären lasse, besonders dann, wenn die Polyarthritis sich kurze Zeit nach dem Trauma in dem verletzten Gelenke entwickelte. Andererseits giebt er zu, dass die Entscheidung in den Fällen, wo die Erkrankung erst geraume Zeit nach der Verletzung auftrat oder nicht zuerst eines der verletzten Gelenke befallen hatte, schwierig sei und großer Vorsicht bedürfe. **Kramer** (Glogau).

---

5) **H. v. Ranke.** Zur chirurgischen Behandlung des nomatösen Brandes.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 43.)

Die vom Verf. im Verlaufe einzelner Masernepidemien, wie auch im Anschlusse an Stomacace beobachteten Fälle von Noma faciei waren bisher stets tödlich verlaufen. Erst die Anwendung der von den Chirurgen geübten Behandlung mit Messer und Thermokauter hat ihm neuerdings in 3 Fällen, bei denen er diese Therapie frühzeitig

ausüben ließ, so günstige Heilresultate selbst ohne nennenswerthe Verunstaltung des Gesichts geliefert, dass v. R. auch seinerseits durch ausführliche Mittheilung und Illustration der Krankengeschichten auf den Werth frühzeitigen chirurgischen Eingreifens hinweisen zu müssen geglaubt hat. **Kramer** (Glogau).

6) **Krecke.** Praktische Winke für das aseptische Operiren.

München, **Seitz & Schauer,** 1900.

Verf. giebt nach der in seiner Klinik gebräuchlichen und erprobten Methode der Wundbehandlung feste Vorschriften für die Operationsasepsis, wobei er besonderen Werth auf die prophylaktische Asepsis (besonders der Hände) legt. Vom Gebrauche der Handschuhe ist er wieder ganz abgekommen. Bei kleineren Eingriffen wurde die Bromäthylnarkose, oft in Verbindung mit geringen Äthermengen, mit bestem Erfolge angewendet. **Mohr** (Bielefeld).

7) **Strassmann** (Berlin). Zur Händedesinfektion, nebst Bemerkungen über Lysoform.

(Therapie der Gegenwart 1900. August.)

Wie bereits früher in der gynäkologischen Gesellschaft am 25. Mai 1900, empfiehlt S. das Lysoform als geruchloses, ungiftiges Antisepticum, namentlich für die geburtshilfliche und gynäkologische Praxis. **Gross** (Jena).

8) **F. Schenk** und **G. Zaufal.** Weitere Beiträge zur Bakteriologie der mechanisch-chemischen Desinfektion der Hände. (Aus dem bakteriologischen Laboratorium der deutschen Universitäts-Frauenklinik zu Prag.)

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 45.)

Als Ergebnis der von den Verff. angestellten Versuche ist kurz zusammengefasst anzuführen, dass nach S. u. Z. für die mechanische Reinigung eine 5 Minuten lang dauernde Waschung mit Sänger-scher Sandseife und für die daran anzuschließende chemische Desinfektion eine 3 Minuten währende Waschung in einer möglichst heißen Lösung von Sublimat oder Quecksilberoxycyanid (2 : 1000) oder Äthylendiamin-Quecksilbercitrat (1 : 1000) nothwendig ist.

Kramer (Glogau).

9) **H. Dettmer.** Bakteriologisches zur Händedesinfektion unter besonderer Berücksichtigung der Gummihandschuhe.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 2.)

Verf. liefert einen Beitrag zu der Frage über die Möglichkeit, durch Desinfektion die Hände des Operateurs keimfrei zu machen. Er kommt dabei zu denselben Resultaten, wie wir sie aus einer Reihe werthvoller Arbeiten der letzten Jahre genügend kennen. Es

ist danach auch mit der etwas modificirten Methode des Verf., welche hauptsächlich durch das Fehlen der Alkoholdesinfektion unterschieden ist, nicht absolute Keimfreiheit zu erzielen. Auch mit der von Schleich empfohlenen Desinfektionsmethode konnte D. keine besseren Erfolge erzielen; ja es zeigten sich bei längerer Anwendung mancherlei Unzuträglichkeiten für die Hände, wie Rissigwerden der Haut, Sprödigkeit der Fingernägel.

D. ist dagegen ein Verehrer der Friedrich'schen Gummihandschuhe. Seit Anwendung derselben sind auf der Sprengel'schen Abtheilung die Resultate besser geworden. Abgesehen davon, dass die Sterilisirung der Handschuhe leicht möglich ist, dass sie auch völlig steril über die Hände gezogen werden können, scheint es ein von ihm gefundener Vorzug zu sein, dass die Keime, welche sich an der Außenfläche der Handschuhe ansiedeln, selbst im großen und gröberen Maßstabe wie bei Darmresektionen mit Kothaustritt, durch Abspülung mit sterilem Wasser in $^1/_2$—1 Minute beseitigt werden können. Praktisch dürfte diese letztere interessante und noch nachzuprüfende Thatsache allerdings weniger in Betracht kommen, da Freunde der Handschuhe am sichersten gehen werden, alles infektiöse Material zu beseitigen, wenn sie die Handschuhe wechseln.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

10) **B. Küster.** Über Operationshandschuhe.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 2.)

K. kann sich nach seinen an der v. Bergmann'schen Klinik vorgenommenen Versuchen nicht mit dem Gebrauche von Handschuhen bei Operationen befreunden. Die Gummihandschuhe, von denen nur die Friedrich'schen brauchbar erscheinen, erzeugen zwischen Handschuh und Hand eine feuchte Atmosphäre, die zur starken Transpiration führt, welche ihrerseits wieder eine stärkere Keimablagerung veranlasst. Wird der Handschuh nun defekt, was sehr leicht vorkommen kann, so dringt durch die verletzte Stelle mit Infektionserregern überaus reich versehene Flüssigkeit aus und bietet die beste Gelegenheit zu Wundinfektionen. Die Trikothandschuhe erwiesen sich wohl bei trockener Hand als undurchlässig für Keime, dagegen fand bei feuchter Hand ein sofortiger Durchtritt von Mikroorganismen statt. Sobald eben der Handschuh feucht wird, wird er durchlässig für die Infektionserreger. Es ist aber andererseits gar nicht zu vermeiden, dass die Handschuhe durch Blut und Schwitzen der Hände nass werden. Somit sind auch Trikothandschuhe nicht als sicherer Schutz anzusehen. Verf. ist der Ansicht, dass man auf Handschuhe verzichten soll und lieber eine zweckmäßige Händedesinfektion üben möge. Je komplicirter wir den Apparat bei der Operation gestalten, desto gefährlicher wird der Eingriff, da die Zahl der unübersehbaren Fehlerquellen immer größer wird.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

11) **A. Schiller.** Zur Verwendung ungedrehter Renthiersehnenfäden als Naht- und Ligaturmaterial. (Aus dem Laboratorium der Heidelberger chir. Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 45.)

S. hat auf Sneguireff's Empfehlung hin mit den vom Renthiernackenband gewonnenen Sehnenfäden eine Reihe von Versuchen angestellt, um den angeblichen Werth derselben als resorbirbares Naht- und Ligaturmaterial nachzuprüfen. Als einzigen Vorzug konnte er die etwas langsamere Resorption der Sehnenfäden im Organismus feststellen; im Übrigen aber ergaben die Untersuchungen im Vergleiche zu dem konkurrirenden Katgut eine so große Anzahl von Nachtheilen, dass nach S. kein Grund vorliegt, die Renthierfäden an Stelle des Katgut treten zu lassen. **Kramer** (Glogau).

---

12) **J. H. Carstens.** The ligature and value of dry sterilised catgut.

(Buffalo med. journ. 1900. November.)

Verf. wickelt das entfettete Rohkatgut in Seidenpapier ein, welches, in kleinen Kouverts verschlossen, im Boeckmann'schen Trockensterilisator 3 Stunden lang einer Temperatur von 150° C. ausgesetzt wird. Nach 12—18 Stunden wird die Procedur wiederholt. Das in der Brieftasche in den Kouverts aufbewahrte Katgut wurde noch nach Monaten absolut steril befunden.

Mohr (Bielefeld).

---

13) **M. Bail.** Die Schleimhaut des Magen-Darmtractus als Eingangspforte pyogener Infektionen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 2.)

Frühere Arbeiten, welche sich mit der Infektionsmöglichkeit durch pyogene Mikroorganismen vom Magen-Darmkanale aus beschäftigten, sind zu verschiedenartigen Resultaten gelangt. In positivem Sinne erledigten die Frage Karlinski's Versuche, Alapy, Buchbinder und Neisser aber gelang es nicht, Infektionen des Gesammtorganismus vom Darmkanale aus zu erzielen.

B. sieht als Fehler der bisherigen diesbezüglichen Arbeiten an, dass man bei ihnen einerseits nicht die Infektionsmöglichkeit vom Rachen aus bei der Einführung des infektiösen Materiales berücksichtigte, andererseits keine hochvirulenten Kulturen angewendet hat. Das bestimmte ihn zur Vornahme neuer Versuche mit Vermeidung dieser Fehlerquellen. Um Racheninfektionen zu vermeiden, führte er die Bakterienkulturen durch eine Sonde ein, die zur Verhütung von Magenverletzungen nicht ganz ans Ende der Speiseröhre reichte. Nach der Instillation der virulenten Flüssigkeit blieb die Sonde noch $1^1/_2$—2 Stunden liegen und wurde mehrmals durchgespült. Verwendet wurden für Kaninchen hochgiftige Streptokokken, die eigens

zu dem Zwecke herangezüchtet waren. In der That konnte Verf. so Racheninfektionen vermeiden. Bei 7 Thieren trat nun auch wirklich eine Allgemeininfektion ein. Bei keinem dieser Thiere war makroskopisch eine Verletzung der Schleimhaut von Magen und Darm zu konstatiren, nirgends bestand ein Epithelverlust. Fast ausschließlich aus dem Dünndarminhalte ließen sich Streptokokken züchten, gar nicht aus dem Magen, vereinzelt aus dem Dickdarme. Dagegen gewann man durch Impfung der blutig-serösen Flüssigkeit, die sich in der Peritonealhöhle vorfand, reine Streptokokkenkulturen. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Präparate von sämmtlichen 7 Thieren wurden niemals im Gewebe von Tonsillen, Magen und Dickdarm Kokken nachgewiesen, dagegen ließ sich bei 5 jener Kaninchen der Dünndarm als Eingangspforte der Allgemeininfektion nachweisen.

In einer großen Anzahl solcher Dünndarmpräparate lagen Kokken nicht nur in und unter dem Epithel, sondern auch in den Lymph- und Blutgefäßen der Submucosa und in den Gefäßen des zugehörigen Gekröses. Der Eintritt der Mikroorganismen fand ausschließlich auf der Höhe und an den Seiten der Zotten statt, nie in der Tiefe der Krypten. Verf. glaubt, dass eine leichte oberflächliche Entzündung, die sich durch Abstoßung von Epithel kennzeichnet, das Eindringen der Bakterien erleichtert hat. Natürlich suchte B. auch die Identität der in den Präparaten nachgewiesenen Mikroorganismen mit den eingeimpften festzustellen. So glaubt er denn den Schluss ziehen zu dürfen, dass pyogene hochvirulente Bakterien die unverletzte Schleimhaut des Darmes durchdringen können, um dann eine Allgemeininfektion herbeizuführen, wie dies von Lexer für die Tonsillen nachgewiesen ist. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

14) **H. Braun.** Chirurgische Behandlung der Erkrankungen des Magens, des Darmes, des Pankreas. Chirurgie der Blutgefäßdrüsen.

Handbuch der praktischen Medicin, herausgegeben von W. Ebstein. Stuttgart, F. Enke, 1900.

Im knappen Rahmen von 134 Seiten behandelt B. die Therapie der chirurgischen Erkrankungen des Magens, Darmes, Pankreas, der Milz und der Schilddrüse. Trotzdem haben in sehr übersichtlicher Form und klarer Darstellung alle bewährten Methoden Erwähnung gefunden, während in kurzen historischen Abschnitten auch der übrigen gedacht wird. Eingehendere Erläuterung der Technik wird den dem Texte beigefügten Abbildungen überlassen.

Die Darstellung, welche auch den in anderen Lehrbüchern häufig stiefmütterlich behandelten Fragen, z. B. der Jejunostomie, Gastroptysis (Magenfaltung), der Resektion des N. sympathicus bei Morbus Basedowii, Raum gegeben hat, eignet sich ganz besonders für die Zwecke des praktischen Arztes. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

---

15) **M. M. Kusnetzow.** Zur Frage von der operativen Behandlung des Ascites bei Lebercirrhose mittels Omentofixation. Bildung künstlicher Verwachsungen in der Bauchhöhle. Klinische und experimentelle Studien. (Vorläufige Mittheilung.)

(Wratsch 1900. No. 32 u. 33.)

K. stellte sich zur Aufgabe, die Frage, in wie fern neugebildete Verwachsungen in der Bauchhöhle und die Omentofixatio die Blutcirkulation im Gebiete der Pfortader verbessern und auf welchen Wegen dabei die Pfortader und die untere Hohlvene anastomosiren. Er experimentirte an Hunden, wobei aber vorläufig die Anatomie der Gefäße in der Bauchhöhle studirt werden musste. Gefäßinjektionen zeigten ihm folgende Anastomosen zwischen den Ästen der Pfortader: 1) Zahlreiche Anastomosen zwischen den Magenwandvenen, die in die obere Magenvene (einen Ast der V. gastrolienalis) münden, und den Venen, die in die längs der großen Kurvatur verlaufende Magenvene oder V. gastro-omentalis, einen Ast der V. gastrolienalis, münden. 2) Einen unmittelbaren Übergang der V. gastroduodenalis in die V. duodenojejunalis, die längs des konkaven Randes des Duodenum verläuft, so wie Anastomosen zwischen den beiden genannten Venen und dem Stamme der Pfortader durch die Pankreasvenen. 3) Anastomosen zwischen den benachbarten Venen, die einerseits in die große, andererseits in die kleine Gekrösvene münden. Diese Anastomosen ermöglichen den Übergang des Blutes bei Ligatur der Pfortader in verschiedener Höhe aus dem unter der unterbundenen Stelle gelegenen Gebiete in das über derselben liegende.

In seinen Experimenten versuchte K. 1) die vollständige Unterbindung der peripheren Zweige der Pfortader: a. der großen, b. der kleinen Gekrösvene, oder c. mehrerer kleinerer Zweige derselben gleichzeitig: der V. duodenojejunalis und gastroduodenalis, oder der gastroduodenalis und mesenterica minor; 2) die Unterbindung des Pfortaderstammes, wobei die Lichtung vollständig oder aber nur bis zu $^1/_2$ oder $^1/_3$ aufgehoben wurde. Jeder Hund wurde 2- oder 3mal laparotomirt: bei der ersten Laparotomie machte K. die Omentofixatio, bei der zweiten unterband er die eine V. mesenterica oder den peripheren Theil der V. portae, bei der dritten den centralen Theil der Pfortader (näher zur Leber). Von 15 Hunden ging nur 1 zu Grunde. Ein Theil der Überlebenden wurde 1—3 Monate später getödtet und die Venen injicirt. Seine Schlussergebnisse fasst K. in folgende Thesen zusammen: 1) Die Behandlung des Ascites bei behinderter Cirkulation im Pfortadergebiete mittels Omentofixatio kann gute Resultate ergeben. 2) Die Operation Talma's übertrifft die von Delagénière angegebene, da sie bessere Verhältnisse für Bildung der Nebenbahnen erzeugt. 3) Ohne vorherige Omentofixatio ruft die vollständige Unterbindung der Pfortader rasch den Tod hervor. 4) Die Omentofixatio ermöglicht dem Thiere, eine doppelte Ligatur

der V. portae zu vertragen: eine totale im mittleren Theile (oberhalb der Einmündung der Gastrolienalis) und eine zweite unvollständige in der Nähe ihrer Einmündung in die Leber. Die ersten Tage ist der Hund niedergeschlagen, leidet an blutigem Durchfall und Ascites, erholt sich aber bald wieder. 5) Die totale Ligatur der V. portae unterhalb der Gastrolienalis ruft nach einigen Stunden den Tod hervor, auch nach vorheriger Omentofixatio. Verursacht wird derselbe dadurch, dass unterhalb der Gastrolienalis keine genügenden Anastomosen mit dem durch die Unterbindung ausgeschalteten Gebiete vorhanden sind. 6) Nach der Omentofixatio ruft die unvollständige Unterbindung der Pfortader im mittleren Abschnitte wohl Stauung und vorübergehenden Durchfall hervor, doch erholt sich das Thier bald. 7) Die oberflächlichen Vv. epigastricae erweitern sich deutlich nach der Omentofixatio und besonders nach Unterbindung der Pfortader. Das Netz der erweiterten subkutanen Venen am Hunde erinnert an das Caput medusae des Menschen bei Lebercirrhose. 8) Auch die Venen des großen Netzes erweitern sich nach der Omentofixatio und kommuniciren bald mit den Bauchwandvenen und den Vv. epigastricae superficiales. So bildet sich dann die Nebenbahn: das Pfortaderblut geht durch die V. gastrolienalis in die Vv. omentales und weiter durch die Vv. epigastricae in die V. femoralis, intercostales und die Brustdrüsenvene. 9) Außerdem bilden sich noch weitere direkte Anastomosen zwischen dem System der Pfortader und dem der unteren Hohlvene aus schon früher vorhandenen, doch nur schwach entwickelten kleinen Venen. K. fand mehrere solche Anastomosen und bestätigt damit die Behauptung von Sappey, dass das Pfortadersystem nicht abgeschlossen ist, sondern mit der V. cava inf. kommunicirt. 10) Die beste Methode, diese Anastomosen zu studiren, ist die Injektion der V. portae und der Cava mit verschieden gefärbten Massen. 11) Die Bindegewebsstränge und Verwachsungen in der Bauchhöhle nach Laparotomie enthalten viel kleine Gefäße und können ebenfalls als Anastomosen zwischen Pfortader und Hohlvene dienen. 12) Bei Ligatur der Pfortader muss man die normalen Anastomosen zwischen den verschiedenen Ästen derselben berücksichtigen, die die Bildung neuer Blutbahnen erleichtern. Die Einzelheiten der Versuche sollen demnächst mit zahlreichen Illustrationen in einer besonderen Arbeit veröffentlicht werden.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

16) **J. Ferrou.** Contribution à l'étude du manuel opératoire dans l'appendicite.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1900. 100 S.

Es wird im Allgemeinen die Technik mehrerer französischer Chirurgen und ganz besonders die von Jalaguier und Routier dargestellt, die Trendelenburg'sche Lage im Allgemeinen auch für diese Eingriffe empfohlen und, wie dies neuerdings in Deutsch-

land von Rotter und aus der Garrè'schen Klinik geschah, dringend zur Rectaluntersuchung bei allen Appendicitiden aufgefordert. Zur Vermeidung der postoperativen Bauchwandphlegmone solle an Stelle der Schichtennaht eine durchgreifende treten. Von interessanten Einzelheiten seien erwähnt: Verwechslung zwischen Harnleiter und Wurmfortsatz; einmal wurde letzterer statt des ersteren anlässlich einer vorzunehmenden Ureterocystotomie in die Blase eingenäht; ein anderes Mal ein 18 cm langer, gegen die Niere ziehender Wurmfortsatz für den Harnleiter gehalten. Vortäuschung des Dünndarmes durch einen stark erweiterten Wurmfortsatz; eine starke Verwachsung desselben mit der Blase, so dass man beim Herausgraben bis an die Schleimhaut der letzteren kam. Erwähnung des Vorkommens von Kommunikationen des Blind- und Dünndarmes mit der Lichtung des Wurmfortsatzes durch dessen Spitze. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

---

17) **M. Neumann.** Über Appendicitis und ihren Zusammenhang mit Traumen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 2.)

Der erste Theil der Arbeit enthält eine Darstellung des Krankheitsbildes der Appendicitisarten, wie es uns bekannt ist. Auch die Indikationsstellungen für eine operative Therapie des akuten Anfalles und der chronisch recidivirenden Wurmfortsatzerkrankung, wie sie Verf. aufstellt, entsprechen den Grundsätzen, welche heute die Mehrzahl der Chirurgen anerkennt. Die Fälle entstammen der Klinik v. Bramann's, und Letzterer ist nach N.'s Darlegungen ein Anhänger der zweizeitigen Operation im akuten Anfalle, wenn man den Wurmfortsatz nicht sofort findet, oder auch dann, wenn man ihn zu Gesichte bekommt, aber nur mit Schwierigkeiten lösen kann. In diesen Fällen beschränkt er sich auf die Tamponade, die er sehr exakt und nach allen Richtungen hin vornimmt. Nach Ausheilung der Abscesshöhle wird dann später der Wurmfortsatz resecirt.

Ref. kann sich N.'s Ansicht, dass die zweite Operation so ganz ungefährlich sei, nicht so ohne Weiteres anschließen. Man trifft bisweilen noch nach Monaten einen Eiterherd in der Umgebung des Wurmfortsatzes, oft bleiben auch lange eiternde Fisteln zurück, was den Eingriff nicht unwesentlich komplicirt. Wenn man auch zugeben wird, dass es in einzelnen Fällen räthlich ist, nicht nach dem Wurmfortsatze lange zu suchen, so hat es immer viel Unangenehmes, die Pat. 2mal einem operativen Eingriffe zu unterziehen. Wenn man aber den Wurmfortsatz gar bis an den Blinddarm verfolgen kann, wie N. dies beschreibt, so ist die Gefahr der Resektion desselben doch wohl als geringer anzuschlagen als die einer zweiten Narkose und Operation.

Interessant ist der zweite Theil der Arbeit, welcher die Entstehung einer Appendicitis nach Traumen behandelt. Aus der Litteratur konnte Verf. 10 einwandsfreie Fälle von traumatischer Ent-

zündung des Wurmfortsatzes zusammenstellen. 8mal waren Kothsteine vorhanden, denen er überhaupt eine größere Bedeutung zumisst, als es vielfach geschieht. Unter 10 analogen Fällen der Hallenser Klinik fand N. 9mal einen solchen. Die Entstehung der Krankheit im direkten Anschlusse an Traumen ist bei den meisten der geschilderten Fälle in der That sehr augenfällig. Besonders bemerkenswerth ist der Fall, bei dem nach Repositionsversuchen von Seiten des Kranken selbst an einem Bruche, in welchem der Wurmfortsatz lag, eine Verletzung und Entzündung desselben auftrat.

Die traumatische Appendicitis entsteht nach N.'s Ansicht auch bei gesundem Wurmfortsatze, nicht — wie Andere behaupten — bei schon erkranktem. In der Regel ist neben dem Trauma das Vorhandensein eines Kothsteines erforderlich. Bei dieser Kombination entsteht dann ein Einriss der Schleimhaut und weiterhin eine Infektion, welche alle Erscheinungen der gewöhnlichen nicht traumatischen Appendicitis hervorrufen kann und nach den üblichen Methoden, die auch sonst angewendet werden, zu behandeln ist.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

18) **F. Hofmeister.** Über die Behandlung brandiger Brüche mit primärer Darmresektion.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVIII. Hft. 3.)

H. giebt zunächst einen Überblick über die in der v. Bruns-schen Klinik geübte Technik der Behandlung brandiger Brüche. Der Regel nach wird von allgemeiner Narkose abgesehen; nach Eröffnung des Bruchsackes folgt zunächst eine Desinfektion desselben, erst dann die Lösung der Einklemmung nach dem Princip der Herniotomia aperta. Grundsätzlich wird bei vorhandenem Darmbrande, wo nicht besondere Momente dagegen sprechen, die primäre Resektion und Vereinigung der Darmstücke nach Frey ausgeführt.

Auf 64 von 1896 bis 1900 ausgeführte Herniotomien kamen 25 Fälle mit Darmgangrän. Von diesen wurden 5 mit Kunstafter, 4 mit Vorlagerung der suspekten Schlinge behandelt, wobei die Sterblichkeit auch nach Abrechnung der von vorn herein verlorenen Fälle immer noch 75% betrug. Weit erfreulicher waren die Resultate bei den primären Resektionen. Unter 17 hierher gehörigen Fällen haben nur 4 tödlich geendet = 23,5% Mortalität. Die Länge des resecirten Darmstückes betrug im Mittel 45 cm, bei den geheilten Fällen war das Verhältnis der Länge des resecirten Stückes zur Länge des eingeklemmten durchschnittlich wie 6,5 : 1. In der Nachbehandlung ist Opium gänzlich verlassen worden zu Gunsten einer frühzeitigen Darreichung von Abführmitteln; es sollen aber solche nicht eher eingegeben werden, als bis die Durchgängigkeit des Darmes sicher bewiesen ist. Die Heilungsdauer betrug im Durchschnitte 21 Tage. Von den 4 Gestorbenen erlag einer der Perforationsperitonitis (Nahtdurchlässigkeit), 2mal bestanden Knickungen des

Darmes unterhalb der Resektionsstelle, 1mal war die Anastomose selbst nicht durchgängig geworden.

Anschließend betont Verf. nochmals, dass er in der primären Resektion das Normalverfahren, im Kunstafter nur einen Nothbehelf sieht für ganz verzweifelte Fälle. Vermeidung der allgemeinen Narkose, Übergang zur breiten Herniolaparotomie im Falle einer Resektion, ausgiebige Resektion, Entleerung des Darmes während der Operation, ferner seitliche Darmvereinigung und Reposition der genähten Schlinge unter Kontrolle des Auges sind, wie ausführlich dargelegt wird, diejenigen Momente, welche den Erfolg der primären Darmresektion bei brandigen Brüchen am besten zu sichern scheinen.

Honsell (Tübingen).

---

19) **R. Galeazzi.** I risultati definitivi nella cura operativa dell' ernia inguinale. (Clinica chirurgica dell' ospedale Mauriziano Umberto I, diretta dal Prof. A. Carle.)

(Estratto dalla clin. chir. 1899. No. 6.)

Milano, **F. Vallardi,** 1899. 40 S.

G. hat an dem reichen Materiale der genannten Klinik die Endresultate der Radikaloperationen der nicht eingeklemmten Leistenbrüche beim Manne revidirt und dabei vor Allem einen Vergleich der Methode Bassini's mit der Kocher's bezweckt. In dem Zeitraume von Januar 1889 bis Juni 1899 wurden im Ganzen 1400 einschlägige Operationen an 1285 Kranken ausgeführt mit 2 dem Eingriffe nicht zur Last gelegten Todesfällen (der eine, Tod am 7. Tage nach der Operation an Pneumonie, ist trotz der gleichzeitig bestehenden Pneumonieendemie wohl nicht ganz sicher auszuschließen. Der Ref.). Von diesem Materiale entfielen 1120 auf die Methode Bassini's und 280 auf die Kocher's; bei einigen großen komplicirten Brüchen wurde der Eingriff noch nach Carle modificirt (3—4 starke Seidennähte, welche die Muskeln, den Rectus, die Fascia transversa, das Poupart'sche Band, so wie die Haut fassen). Als maßgebend für die Beurtheilung des Erfolges legt G. seinen Untersuchungen eine 2jährige Beobachtungsdauer zu Grunde, und unter Recidiv versteht er jeden Misserfolg, also auch eine unvollständige Heilung und die Neigung zum Recidiv. G. hat 840 Fälle theils selbst nachuntersucht (525), theils genauere Notizen über sie vom Hausarzte erhalten. Hiervon erwiesen sich in Summa 792 = 94,29% als geheilt, und 48 = 5,71% zeigten Recidive im gedachten Sinne. Behufs eingehender Prüfung der Dauererfolge und des Werthes der Methoden wurden nun noch des Genaueren Alter und Profession der Operirten berücksichtigt, ferner das Verhalten der Bauchwand, die Art und Größe der Brüche, ihre Anzahl beim Einzelindividuum und schließlich der Wundverlauf und die Operationsmethode. Dabei kommt G. zu dem Schlusse, dass die Bassini'sche Methode im Allgemeinen allen anderen, also auch der Kocher's (»per ogni rispetto a quello«),

selbst unter Berücksichtigung ihres engeren Indikationsgebietes überlegen sei; dies besonders bei schlaffen Bauchwandungen, da Bassini gerade auf deren Festigung den Hauptwerth legt. Mit 1—2% Misserfolgen, die G. in seiner Statistik für Bassini berechnet, nähere sie sich auch dem Ideale eines Radikalerfolges am meisten.

A. Most (Breslau).

---

20) **G. Kelling.** Studien zur Chirurgie des Magens.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 1 u. 2.)

Wenn sich Jemand die allgemeine Aufgabe stellt, die physiologischen Faktoren zu studiren, welche bei der Chirurgie des Magens in Betracht kommen, wie dies Verf. gethan hat, so sieht er sich vor die Beantwortung einer unendlich großen Zahl wichtigster Fragen gestellt. In der That hat K. keine Mühe gescheut und in einer außerordentlich großen Zahl von Versuchen und Experimenten verschiedenster Art sein Vorhaben mit Erfolg ausgeführt. Kein Wunder, wenn es darum unmöglich ist, in einem Referate den Inhalt einer Arbeit zu erschöpfen, in der jeder Satz fast eine wichtige Beobachtung oder interessante Schlussfolgerung enthält. Dennoch möchte ich es mir nicht versagen, bei der Bedeutung solcher physiologischer Studien auf einige für die praktische Anwendung bedeutsamere Punkte hinzuweisen.

Den Einfluss des Lagewechsels auf den Druck im Magen fand Verf. sehr gering, so dass vorsichtiger Lagewechsel nach einer Magennaht nichts schaden kann. Innerhalb gewisser Grenzen wird der Druck im Magen durch Muskelkontraktionen regulirt. Für die Magenwandspannung ist es gleichgültig, ob wir dabei wenig oder viel in das Organ hineinbringen. Darum darf man es getrost wagen, den Pat. mit Gastroenterostomie innerhalb 5 Minuten ca. 250 g zuzuführen und dies in 10 Stunden 3mal zu wiederholen. Der sog. Circulus vitiosus, das ist der Gallenrückfluss in den Magen und das Erbrechen, stellen keine allzugroßen Anforderungen an die Naht. Die größte Gefahr für die Magennaht besteht in dem Hereinbringen von festen Körpern. Im Fundus- und Pylorustheile des Magens besteht ein Unterschied in der Konsistenz und Größe der Speisetheile. Beim Hunde fand K. 1—2 cm vom Pylorus einen zweiten physiologisch wichtigen Sphinkter. Im Allgemeinen ist anzunehmen, dass im Pylorustheile und im Schließmuskel des Magens so wie im Duodenum Hemmungsvorrichtungen bestehen, welche bezwecken, den Magen zur Schonung des Darmes tüchtig arbeiten zu lassen. Diese Einrichtungen sind der Heilung von Magengeschwüren hinderlich, und als die beste Operation beim Ulcus ventriculi muss desshalb die Gastroenterostomie mit Verschluss des Pylorus angesehen werden, weil nur so die Gesammtheit jener Hemmungen beseitigt wird. Für die Entleerung des Magens ist die Anlegung der Anastomose nach v. Hacker oder Wölfler gleichgültig. In Fällen, wo es sich als nöthig erweist, bei Gastroptose eine Gastroenterostomie zu machen,

ist die Roux'sche Methode die beste, weil sie am meisten die veränderten Motilitätsverhältnisse berücksichtigt.

Eine eingehende Besprechung findet die Frage, wie am zweckmäßigten eine Gastroenterostomie anzulegen ist. Verf. fand, es sei am wünschenswerthesten, einen zuverlässig resorbirbaren Knopf zu besitzen, da nach seinen Versuchen der Circulus vitiosus am ehesten durch den Murphyknopf vermieden werde, weil dieser die Gesetze, welche zwischen der Größe der Fistelöffnung und der Circumferenz des gegenüberliegenden zur Anastomose verwendeten Darmes bestehen müssen, am besten erfülle.

Magen-Darmfisteln, welche bei offenem Pylorus, wie z. B. zur Heilung von Pförtnergeschwüren, angelegt werden, verkleinern sich, und zwar, wie K. nachweisen konnte, durch Nichtgebrauch der Anastomose. Ein Schließmuskel bildet sich nach des Verf. Ansicht an der Fistel nicht. Dagegen setzt der Magen einer forcirten Füllung Widerstand entgegen, so dass in der That plötzlich eingeführte größere Wassermengen nicht sofort abfließen. (Wie erklärt es sich aber, dass die Speisen oft 5—6 Stunden theilweise im Magen bleiben? Ref.). Wo man bei offenem Pylorus eine Fistel anlegt und nur letztere als Passage benutzt haben will, ist der Verschluss des Pylorus zu empfehlen. K. beschreibt dafür eine eigne einfache Methode ohne Eröffnung des Magen-Darmkanals.

Eine besonders wichtige Thatsache konnte K. ferner feststellen durch den Nachweis, dass Säuren und Fette, wenn sie nach Anlegung einer Magen-Darmanastomose direkt in das Jejunum gelangen, also das Duodenum vermeiden, nicht mehr den sofortigen Abfluss von Galle und Pankreassaft herbeiführen. Galle und Pankreassaft fließen mehr kontinuirlich, nicht mehr mit periodischen Steigerungen zu. Dadurch leidet anfänglich die Ausnutzung der Nahrung; doch können sich später normale Verhältnisse wieder herstellen. Weiterhin kann auch Verf. nur bestätigen, dass die Anwesenheit von Galle und Pankreassaft im Magen an sich keine Störung und Schädigung veranlasst. Wo dennoch solche vorhanden sind, muss das an anderen Ursachen liegen, unter denen dem Autor besonders nervöse Affektionen obenan zu stehen scheinen. Wenn er sagt, dass die Toleranz des Magens für Galle etc. auch durch »hohe« Duodenalstenosen erwiesen werde, so wäre es wohl besser, »intrapapilläre« Duodenalstenosen dafür zu setzen.

Die beschleunigte Entfernung des Mageninhaltes nach Gastroenterostomien, wie sie übrigens nach des Ref. Ansicht keineswegs die Regel ist, wird bei Umgehung des Duodenum von Seiten der Speisen bedingt durch den Fortfall des Hemmungsreflexes, welchen der gefüllte Zwölffingerdarm sonst auf die Magenmotilität ausübt. Auch der Anschauung des Autors, die er aus dem Thierexperiment gewonnen hat, dass Überfüllung des Duodenum (durch den offenen Pylorus) den Magentonus herabsetzt, kann ich nach Beobachtungen bei Operationen am Menschen nicht ohne Weiteres beistimmen.

Die gegebenen Einzelheiten erschöpfen keineswegs den Inhalt der äußerst interessanten Arbeit des Verf. Gerade bezüglich der Gastroenterostomie bleiben für den Chirurgen noch so viele Fragen zu beantworten, dass man gern eine so zahlreiche Serie von Beobachtungen zur Belehrung hinnimmt. Verf. hat sich jedenfalls eine große Reihe bedeutsamer Fragen vorgelegt und sie mit Ausdauer und emsigem Fleiße in einer Menge von Experimenten zu lösen versucht. Wichtige physiologische wie chirurgisch- technische Erfahrungen sind das erfreuliche Ergebnis, erfreulich auch für den, der sich im Einzelnen nicht immer den Ansichten des Verf. ganz anschließen kann. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

21) **H. J. Laméris** (Utrecht). Congenitale Atresie van den dünnen Darm.

(Mededeelingen uit de Chirurgische Kliniek der Rijks-Universiteit te Utrecht.)

Fälle dieser Art sind sehr selten. Im Findelhause zu Weenen unter 111451 Neugeborenen 2, in Petersburg unter 150000 Kindern 9. Das klinische Bild verläuft unter Erscheinungen eines akuten Ileus, die bald nach der Geburt einsetzen. Simpson's Annahme einer fötalen Peritonitis als ätiologisches Moment entbehrt der anatomischen Begründung. Ammon nimmt eine »Hemmungsbildung« an. Ein in Utrecht beobachteter Fall wirft einiges Licht auf die Genese solcher Fälle. Bei einem neugeborenen Kinde traten nach 24 Stunden Ileuserscheinungen auf. Im Nabelstrange eine Geschwulst mit deutlicher Fluktuation, aber gedämpftem Schalle. Diagnose: Hernia umbilicalis incarcerata. Operation. Die Geschwulst wird gebildet von einem nach beiden Seiten blind endigenden darmähnlichen Schlauche, der mit einem Stiele in die Leibeshöhle führt. Entfernung desselben. Ileus besteht fort, Tod. Bei der Obduktion findet sich das untere Ileum verschlossen, gebläht, Coecum und Colon proximal verschlossen, sehr dünn, sonst unversehrt. Zwischen den blinden Enden zieht vom Mesenterium ein bindegewebiger Strang, der identisch ist mit dem bei der Operation durchtrennten; auch an der exstirpirten Darmschlinge findet sich ein Mesenterium. Der Vorgang bei dieser Bildung ist folgender: Der Ductus omphalomesentericus obliterirt nicht völlig, der Darm zieht sich nicht völlig in die Bauchhöhle zurück, die Bauchwand schließt sich jedoch, und so kommt es zur Abschnürung eines Darmtheiles, dessen Enden blind zuheilen können; er bildet die im Nabelstrange liegende Geschwulst. Eben so verwachsen die Lichtungen des in die Bauchhöhle zurückgezogenen Darmes blind, es entsteht die Unterbrechung der Darmkontinuität. Verschiedene Stadien dieses Processes erklären die verschiedenen von anderen Autoren beschriebenen Bilder. Zur Therapie: Anus praeternaturalis überleben die Kinder nicht lange. Enteroanastomosis ist bei kleinen Kindern in Fällen von großer Inkongruenz der Darmlichtungen technisch kaum ausführbar. Die Therapie bleibt in vielen Fällen machtlos. **Mathes** (Graz).

---

22) **v. Mikulicz** (Breslau). Über Ileus.

(Therapie der Gegenwart 1900. Oktober-Hft.)

In einem im Juni v. J. vor der med. Sektion der schles. Ges. für vaterl. Kultur in Breslau gehaltenen Vortrage legt v. M. die für die Diagnose und Behandlung der verschiedenen Arten des Ileus leitenden Gesichtspunkte dar. An der Hand eines »Schemas« werden die mannigfachen Symptome besprochen, unter denen Haupt- und Nebensymptome unterschieden werden; ein zweites Schema giebt eine tabellarische Eintheilung der verschiedenen Ileusformen: 1) Strangulations-, 2) Obturations-, 3) paralytischer Ileus.

Besonderes Interesse beansprucht der dem Vortrage zu Grunde gelegte Bericht über die eigenen Erfahrungen des Vortr. Es sind 86 Fälle, über die genaue Krankengeschichten vorliegen. Von den 16 nicht operirten Pat. sind 10 genesen; bei den 6 anderen war eine Operation entweder von vorn herein aussichtslos oder nicht indicirt. Von den 70 operirten Pat. sind 36 gestorben, 34 Operirte wurden geheilt, und zwar sämmtliche Pat., die ohne Eingriff sicher gestorben wären.

Unter den 36 gestorbenen Pat. finden sich 21, bei denen aller Wahrscheinlichkeit nach die frühzeitige Operation lebensrettend gewirkt hätte: 14mal bestand bereits Peritonitis, 7mal war der Darm gangränös, ein 3 Monate altes Kind starb im Collaps etc.

Die verschiedenen Ileusformen sind in folgender Weise vertreten:

Strangulationsileus: 26 Fälle: 18 †,

Invagination bei 3 Kindern: 1 †,

Achsendrehung der Flexur und des Dickdarmes: 8 Fälle; 4 geheilt, 4 †, einer davon an Collaps, einer an Peritonitis;

Kompression des Darmes durch Hydrops der Gallenblase: 1 Fall, durch Operation geheilt;

Thrombose der Mesenterialvenen 2mal; in beiden Fällen Tod. 4mal blieb die Form des Ileus unaufgeklärt; davon starben 2 Kranke (keine Obduktion), 2 genasen.

Eingehender ist der Bericht über die Ileusfälle in Folge von Darmverschluss durch Geschwülste. Die betreffenden Beobachtungen lehrten, dass je tiefer das Hindernis, desto besser die Prognose: Von 6 Pat. mit Mastdarmcarcinomen, die zur vollständigen Occlusion geführt hatten, ist nur 1 gestorben; von 12 mit Geschwülsten des S romanum, die Kolostomie erheischten, ist einer gestorben, die Übrigen sind von Ileus geheilt; 7 Pat. mit Geschwülsten im oberen Dickdarme sind dagegen alle nach Anlegung eines Kunstafters gestorben (Anhydrämie, Inanition).

Gross (Jena).

---

23) **Batsch, Marcinowsky, Holz, Demme, Lüttgen.** Zur Atropinbehandlung des Ileus.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 27, 43 u. 48.)

Nachdem B. (Großenhain) bereits 1899 von der Behandlung des dynamischen Ileus mit großen Dosen von Atropin (0,005 subkutan

1—2mal injicirt) Gutes gesehen hatte, ist diese Therapie auch von anderen Ärzten wiederholt mit Erfolg angewandt worden. Erneut berichtet B. in vorliegender Mittheilung über 2 zur Heilung gelangte Fälle, in denen die Ileuserscheinungen nach der Atropindarreichung schwanden und reichliche Stuhlentleerungen eintraten; in einem 3. Falle allerdings war das Atropin unwirksam, da es sich um Abklemmung des Darmes durch einen Strang handelte, und wurde durch die Laparotomie Heilung erzielt. Auch M. sah in einem schweren Falle von akutem Darmverschlusse nach Atropininjektion rasches Aufhören des Erbrechens und Eintreten von Stuhlgang, in einem anderen, anscheinend von Darmeinklemmung im Bruchsackhalse, gleichfalls diese Wirkung, nebenbei indess auch leichtere Erscheinungen von Atropinintoxikation ohne weitere nachtheilige Folgen. Eben so berichtet D. auf Grund zweier Beobachtungen über günstige Resultate, während L., allerdings bei einer bereits sehr geschwächten Pat., der die Herniotomie eines Schenkelbruches keinen Erfolg gebracht hatte, nach 0,005 Atropin schwere Vergiftungserscheinungen erlebte, nach deren Ablauf einmal reichlich Stuhlmassen und Gase entleert, bald aber wieder erneut leichtere Erscheinungen von Darmverschluss bemerkbar wurden, unter denen die Pat. an Herzschwäche starb. Der Fall von H. ist, da bereits vor der Anwendung des Atropins (0,001) sich die Darmdurchgängigkeit wiederherzustellen begonnen hatte, für den Werth der Atropinbehandlung nicht beweisend.

Kramer (Glogau).

---

24) **Gallet.** Modification de la colostomie iliaque.

(Ann. de la soc. belg. de chir. 1900. April.)

In denjenigen Fällen von Bildung eines Kunstafters, in welchen der spätere Eintritt von Darminhalt in den abführenden Schenkel zu vermeiden ist, zieht G. nach Eröffnung der Bauchhöhle die passende geblähte Schlinge vor, führt durch ihr Mesenterium eine Fadenschlinge und befestigt es an das Peritoneum parietale des unteren Wundrandes. Dann durchzieht er den abführenden Schenkel nahe dem Wundwinkel mit einer Tabaksbeutelnaht, welche auch das Peritoneum parietale beider Wundränder mitfasst. Sobald die Tabaksbeutelnaht zugezogen und geknotet ist, kann kein Darminhalt mehr in den abführenden Schenkel hinein. In derselben Sitzung wird dann die Darmschlinge eingeschnitten 1—2 cm oberhalb der Tabaksbeutelnaht.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

---

25) **H. Hartmann.** Technique de la colostomie dans le traitement de certaines tumeurs inopérables du rectum.

(Revue de chir. 1900. No. 11.)

H. beschränkt sich bei der Colostomia iliaca, bei der er in bekannter Weise durch die Bauchmuskeln ihrem Faserverlaufe entsprechend vordringt, darauf, den vorgezogenen Darm durch einen durch sein Mesenterium hindurchgeschobenen, außen auf den Bauch-

decken aufliegenden Jodoformgazestreifen in der Wunde zu fixiren und an ihm nach 48 Stunden mittels Thermokauter eine sehr kleine Öffnung, und zwar am zuführenden Theile und in der an der Konvexität befindlichen Taenia muscularis anzulegen; der Jodoformgazestreifen wird am 7. Tage entfernt. H. hat in 30 in der angegebenen Art hergestellten Kolostomien niemals die sonst oft beobachteten Folgezustände, wie Vorfall der Schleimhaut, Verengerung der Öffnung, Hernienbildung, Inkontinenz und Übertritt des Kothes in den abführenden Darmtheil, gesehen. **Kramer** (Glogau).

---

26) **W. Prütz.** Bemerkungen zur Statistik der sacralen Exstirpation des Mastdarmkrebses.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 2.)

Die Arbeit enthält eine Kritik der Pichler'schen Statistik der von Hochenegg sacral operirten Mastdarmkrebse und der Tabelle, die Pichler auf Grund seiner Litteraturzusammenstellung über die Mortalität der sacralen Operation zusammengestellt hat. P. ging Pichler's Berechnungen nach und kam zu einem völlig verschiedenen Resultate. Während Pichler nur 14,3% Sterblichkeit bei 536 aus Publikationen größerer Kliniken gesammelten Fällen und 5,04% Sterblichkeit bei Hochenegg's Fällen ausrechnete, findet P. auf Grund desselben Materials bei seiner Nachprüfung für die Gesammtstatistik eine Mortalität von 21,2%; von Hochenegg's Pat. mit sacralen Eingriffen, die im Ganzen 116 betragen, starben 10, also etwa 8,6%. P. giebt des Genaueren an, wo er die Fehler der genannten Arbeit gefunden hat und wie so Pichler's Zusammenstellung die Aussichten der sacralen Mastdarmresektion doch zu rosig erscheinen lässt. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

27) **A. Blecher.** Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Enteroptose.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVI. p. 374.)

Während Duret und Rovsing die Magensenkung durch eine Fixirung der Magenwand an das vordere Parietalperitoneum beseitigt haben, hat Bier in 4 Fällen zu gleichem Zwecke eine Verkürzung des Lig. gastro-hepaticum mittels Zusammenraffung und Vernähung der Falten des Bandes ausgeführt. Diese Art künstlicher Suspension des Magens ist vorzuziehen, da sie die physiologische Beweglichkeit, deren derselbe bedarf, nicht stören wird. B. berichtet ausführlich über diese Fälle. 3—4 Fäden werden dicht unter der Leber durch das Ligament ein- und ca 1 cm tiefer wieder ausgeführt, in derselben Weise noch ein Mal in der Mitte desselben und zum 3. Male oberhalb der kleinen Curvatur; beim Anziehen und Verknoten der Fäden werden in dem Bande 2 Querfalten gebildet, es wird gerafft und

der Magen so in die Höhe gezogen. Der erste Faden liegt dicht neben dem Lig. hepatico-duodenale und fasst die Serosa-Muscularis der Pförtnergegend und die Kapsel der Leber mit, die anderen schließen sich in der Richtung nach der Cardia an. In 2 der Fälle wurden überdies in der Mitte der rechten Hälfte der Magenvorderfläche 2 Nähte durch die Serosa und entsprechend durch Kapsel und oberflächliches Gewebe des linken Leberlappenrandes gelegt, wodurch dem herabgeklappten Magen eine mehr normale schräge Stellung angewiesen wird. Der in Bezug auf Besserung der vorher sehr reducirten Ernährungsverhältnisse (»Gastroptosekachexie«) erzielte gute Erfolg, wie ihn auch Rovsing in seinen Fällen hatte, zeigte die Wichtigkeit der richtigen Beurtheilung der Erkrankung, die leicht ein bösartiges Leiden vortäuschen kann. B. giebt eine eingehende und gut orientirende Besprechung des bekanntlich von Glénard zuerst gewürdigten Zustandes, unter dessen Symptomen hier nur kurz die Senkung mit abnormer Erweiterungsfähigkeit, die gestörte Motilität mit Nahrungsstauung, Erbrechen, Aufstoßen und epigastrische Schmerzen wohl in Folge von Zerrung der Magennervengeflechte, so wie Stuhlverstopfung zu erwähnen sind. Aber die Dyspepsie und die meist daran sich schließende Neurasthenie sind immer nur Folgezustände der Magensenkung, die ihrerseits auf eine angeborene abnorme Schlaffheit und geringe Zugfestigkeit der Aufhänge- und Befestigungsbänder zurückzuführen ist.

Ähnlich den 4 Kranken mit Gastroptose behandelte Bier auch einen Fall von Colonptose. Der Kranke litt an Stuhlverstopfung und Schmerzen in der linken Bauchseite. Die Laparotomie ergab eine fast bis zur Symphyse reichende Schlingenbildung des Colon transversum in dessen linker Seitenhälfte. Raffung des Mesocolon durch 3 Seidennähte. Heilung mit gutem Operationserfolge.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

28) **V. Pauchet** (Amiens). Chirurgie des voies biliaires.

Paris, **J. B. Baillière et fils**, 1900.

Das vorliegende, in der Sammlung »Les actualités médicales« erschienene Werk gehört in die Kategorie der »Paukbücher« oder »Eselsbrücken«, und damit ist sein wissenschaftlicher Werth bereits genügend gekennzeichnet. Auf 88 kleinen Oktavseiten in großem Drucke bringt es alles »Wissenswerthe« aus der Chirurgie der Leber- und Gallenwege. Aber es ist nicht nur ein »Paukbuch«, sondern auch ein schlechtes. Anstatt auf dem knapp bemessenen Raume wenigstens zu versuchen, dem Studenten — nur für solche kann es ja geschrieben sein — ein wenn auch oberflächliches Verständnis für die Pathologie der Verletzungen und Erkrankungen des Gallensystems, ihre Diagnostik und die Indikationen zum chirurgischen Eingriffe bei denselben beizubringen, wird über diese für ihn doch zweifellos wichtigsten Dinge auf knapp 36 kleinen Seiten mehr als flüchtig hinweggegangen, um den Rest des Buches mit Beschrei-

bungen der Operationen am Gallensysteme auszufüllen, wobei $1^1/_2$ Seite zur Aufzählung des Instrumentariums verwandt werden, das doch kaum ein anderes, wie für jede Laparotomie ist. Für das Gesagte nur wenige Beispiele: Die Symptomatologie der Cholelithiasis wird mit der Radiographie eröffnet! Man hört geradezu den Praktikanten in der Klinik, der stets das »Neueste« zuerst vorbringt, da er vom Alten nichts weiß! Die Symptome, welche Steine in der Gallenblase hervorrufen, werden mit folgendem Satze abgefertigt: »Sie verrathen sich manchmal durch einen Schmerz bei Druck auf die Gallenblase, in der Regel aber verräth ein Kolikanfall klinisch ihre Anwesenheit; die Kolikanfälle können entweder deutlich, mit Erbrechen, heftigen Schmerzen und vorübergehendem Ikterus oder leicht und unvollkommen sein, sie heißen dann verwischte. Häufig geben sich die Steine in der Blase durch gar kein Schmerzsymptom zu erkennen.« Voilà tout! Der Gallensteinileus kommt nach der lichtvollen Darstellung des Verf. folgendermaßen zu Stande: »Wenn ein großer Stein die Gallenblase und den mit ihr durch Adhäsion verbundenen Darm perforirt, so geräth er in die Darmcirkulation. Nun brauchen nur einige Kothinkrustationen seinen Umfang zu vergrößern, so dass dieser den des Ileum übertrifft, und die Darmocclusion ist fertig.« (!!) Von einer Besprechung der Diagnose der einzelnen Formen der Erkrankungen des Gallensystems, von einem Versuche auch nur, auf Grund der pathologisch-anatomischen Vorgänge ein Bild derselben zu entwerfen, ist gar keine Rede. Kein Wunder, wenn auch die Indikationen zum chirurgischen Eingriffe jeder Begründung vielfach entbehren und oft direkt widersinnig sind. Was soll man z. B. zu folgendem Satze sagen: »Jedes Mal, wenn man unter dem rechten Rectus unterhalb des Rippenrandes eine Resistenz fühlt, muss man an eine Erkrankung der Gallenblase oder ihrer Nachbarschaft denken und unverzüglich eine Laparotomie machen.« ?! Die Beispiele für derartige Indikationsstellung ließen sich beliebig vermehren, doch glauben wir, dass die diagnostischen Fähigkeiten des Verf. und seine Indikationsstellung nicht besser charakterisirt werden können, als durch seinen Rath, als Schnittführung in der Regel die Incision in der Mittellinie zu wählen, da »in der Mehrzahl der Fälle die Diagnose nicht hinreichend sicher gestellt werden kann«.

Nach diesen Proben lässt sich schon erwarten, dass der die Operationsmethoden behandelnde Theil auch wenig Erfreuliches enthalten dürfte; und diese Erwartung können wir leider nur bestätigen. Nach einer Würdigung der einzelnen Methoden hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit und Erfolge, nach einer Abwägung der Indikationen der einen gegenüber der anderen Methode wird man, von einigen nichtssagenden Redensarten abgesehen, vergeblich suchen. Stets wird für den Eingriff an einem der in Rede stehenden Organe nur ein Verfahren angeführt, so dass der Leser überhaupt gar nicht ahnt, dass es auch noch andere giebt, die noch dazu häufig weit besser sind, als das empfohlene. Wie kann man z. B. die Duodenotomie

als Explorativoperation, lediglich zur Sondirung des Choledochus empfehlen! Wie kann man heute noch dazu rathen, bei der Cholecystostomie die Gallenblase an die Bauchhaut anzunähen oder bei den dringenden Fällen, in denen eine schwere Infektion des Gallensystems schleunige Drainage erfordert, zweizeitig zu operiren? Wie muss es den Leser, Angesichts der fast täglich erscheinenden Arbeiten über Händedesinfektion und ihre Unmöglichkeit, berühren, wenn er liest, dass »die Finger die besten Instrumente bei der Abdominalchirurgie sind«! Welche Geschmacklosigkeit — dies nur nebenbei — von einem »anus biliaire« zu reden! — Von einer Drainage der Gallenblase, des Choledochus und Hepaticus weiß Verf. anscheinend überhaupt nichts, die Cholecystenterostomie ist in seinen Augen ein völlig harmloser Eingriff, den er sich nicht scheut, sogar für Fälle von Steineinklemmung im Choledochus zu empfehlen, wenn der Kräftezustand eine Abkürzung der Operation wünschenswerth erscheinen lässt.

Doch genug dieser unerfreulichen Besprechung! Dieselbe können wir nur mit dem Wunsche beschließen, dass das Buch im Interesse der medicinischen Litteratur und des Verf. selbst ungeschrieben geblieben wäre! **R. v. Hippel** (Dresden).

Kleinere Mittheilungen.

29) **W. F. Petrow.** Ein Fall von Peritonitis nach Trauma.

(Boln. Gas. Botkina 1900. No. 38. [Russisch.])

Ein 32jähriger Mann kam 2 Wochen nach einer Prügelei mit Exsudat links unten im Peritonealraume ins Spital. Besserung nach $3^1/_2$ Wochen. Darauf plötzlich Hitze, Schmerzen und ein Exsudat hinter dem Mastdarme. 2 Wochen später besserte sich der Zustand wieder, doch nur auf $2^1/_2$ Wochen, dann von Neuem Temperatursteigerungen bis 40°, was sich etwa 8mal innerhalb eines Monates wiederholte. 4 Monate nach der Prügelei Laparotomie; man fand eine Menge Verwachsungen, besonders fest in den oberen Theilen des Bauches. Am Peritoneum fanden sich Knötchen, die bei der mikroskopischen Untersuchung Riesenzellen und Pflanzenfasern enthielten. Nach der Operation trat Heilung ein, und konnte Pat. nach 2 Monaten entlassen werden. Es handelte sich also um Perforation des Darmes mit Austritt von Speiseresten in die Bauchhöhle; diese Reste (die Pflanzenfasern) wurden zum Ausgangspunkte der Knötchenbildung und bewiesen so, wie viel der Organismus zur Selbstvertheidigung leisten kann.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

30) **S. T. Grenkow.** Ein Fall von Leistenbruch bei einer Frau.

(Wratsch 1900. No. 33.)

Die Hernie entstand bei der jetzt 44 Jahre alten Pat. vor 17 Jahren während der 5. Schwangerschaft und vergrößerte sich in der ersten Zeit rasch, so dass sie bald bis zur Mitte des Oberschenkels herabreichte. Dann wurde das Wachsthum langsamer. Nach Entstehen der Hernie gebar Pat. 6mal regelmäßig. Der Bruch reicht jetzt von der rechten Leiste bis 10 cm unter das Knie, ist nur zum kleinsten Theile reponibel und enthält im unteren Theile 2 faustgroße, harte Geschwülste, im mittleren — größten — Flüssigkeit. Diagnose: Fibrom und Hydrocele ligamenti rotundi, Leistenbruch. Pat. ist sehr erschöpft, hat aber nie Schmerzen gehabt und sich nie an einen Arzt gewendet. Die Operation ergab einen inter-

essanten Befund: der Bruchsack enthielt außer Dünndarm den rechten Eileiter, den rechten Eierstock und ein Stück Netz. Eierstock und Eileiter waren mit dem Sacke fest verwachsen und nicht abzulösen; Eierstock normal; die Tubenfimbrien, sehr hypertrophirt, verschließen zum Theil die Bruchpforte. Der Rest der letzteren wird durch das eigenthümlich degenerirte Netz klappenartig verschlossen. Das Netz ist nämlich im Bruchkanale zu einem 3 cm langen, 1½ cm (oben sogar nur 0,2 cm) dicken Strange zusammengepresst, der im Bruchsacke befindliche Theil dagegen zu einem pinselartigen Gebilde mit 5—6 Fimbrien umgewandelt, macerirt und vollständig blutleer. Diese Klappe lässt die Flüssigkeit aus der Bauchhöhle in den Bruch, nicht aber umgekehrt treten. Bei der Operation werden 15—20 Liter entleert. Die Geschwülste erwiesen sich als Fibrome des Bruchsackes, das Lig. rotundum wurde nicht gesehen. G. durchschnitt den Sack so, dass Eierstock und Eileiter versenkt werden konnten, nähte dann das Peritoneum, die Muskeln, entfernte die überschüssige Haut und nähte die Hautwunde (36 cm lang). Nach 2 Wochen geheilt entlassen.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

31) **Andrassy.** Schwusswunde der hinteren Magenwandung. Laparotomie nach 17 Stunden. Heilung.

(Med. Korr.-Blatt des Württ. ärztl. Landesvereins Bd. LXX. No. 40.)

Die Schussverletzung des Magens, die sich 2fingerbreit oberhalb der großen Curvatur an der hinteren Fläche befand, war dadurch zu Stande gekommen, dass Pat. mit der Pistole die Bauchdecken stark eingedrückt hatte. Eine Peritonitis hatte sich noch nicht ausgebildet. **Buchbinder** (Leipzig).

32) **M. Gauthier.** Perforation de la petite courbure de l'estomac par un ulcère.

Soc. des sciences méd. de Lyon. (Indépendance méd. 1900. December.)

Fall von Perforation eines Magengeschwüres mit charakteristischem Initialschmerz, sofortige Operation, Eröffnung eines perigastrischen, der Vorderfläche des Magens aufliegenden Eiterherdes, der allseitig bis auf die Unterfläche abgeschlossen war. Nach unten hatten sich die schützenden Verwachsungen gelöst und zu beginnender Peritonitis geführt. Vernähung der Abscesswände mit der Bauchwand (zur Isolirung des Peritoneums), Tamponade der Abscesshöhle und des von Peritonitis ergriffenen Theiles der Bauchhöhle; das an der kleinen Kurvatur liegende Geschwür wurde in Ruhe gelassen. Anfänglich entleerte sich viel Magensekret nach außen, schließlich Heilung der Operationswunde. Gleichzeitig schwanden die Erscheinungen von Seiten des Geschwürs vollkommen, wahrscheinlich in Folge Abstoßung der geschwürig veränderten Magenpartie durch die Eiterung und völlige Ausheilung der Magenwunde. **Mohr** (Bielefeld).

33) **E. Monnier.** Über angeborene Pylorusstenose im Kindesalter und ihre Behandlung.

Diss., Zürich, 1900. 56 S.

M. theilt in der vorliegenden Arbeit einen von Fritsche in Glarus mit Erfolg operirten Fall von angeborener Pylorusstenose mit. Das Kind war 4 Wochen lang gestillt worden und hatte während dieser Zeit keine krankhaften Erscheinungen geboten. Beim Übergange zu künstlicher Nahrung (Mehlsuppe) trat hartnäckiges Erbrechen auf, stets ohne Galle. Bei der Aufnahme ins Kantonsspital in Glarus beobachtete man neben hochgradiger Kachexie als auffallendstes Symptom eine alle 2—3 Minuten von links oben nach rechts unten, über die Magenwand verlaufende peristaltische Welle, die nach unten den Nabel um 2 cm überragte und jeweilen in der vorübergehenden Bildung einer eigroßen, harten Geschwulst zwischen Nabel und Spina ilei anterior superior dextra endete. Die Operation, die in einer vorderen Gastroenterostomie mit Anhängung des zuführenden Schenkels an die Gegend des Magengrundes bestand, bestätigte die Diagnose

einer Pylorusstenose. Die Pylorusgegend zeigte eine gleichmäßige, koncentrische Hypertrophie der Wand. Der Verlauf war günstig, obwohl bei der Entfernung der Hautnähte die Bauchwunde platzte und wieder frisch genäht werden musste. Der Erfolg der Operation wurde durch eine nach beinahe $1^1/_2$ Jahr nach der Operation vorgenommene Untersuchung bestätigt.

Verf. bespricht im Anschlusse an diese Beobachtung die bisher mitgetheilten Fälle und kommt in erster Linie zu dem Schlusse, dass es sich um eine Wandverdickung in der Gegend des Pylorusringes handelt, bisweilen mit Verlängerung desselben.

Was den Ursprung der Erkrankung betrifft, so stellt sich Verf. auf die Seite der Annahme einer angeborenen Störung und sieht gewiss mit Recht in dem von Pfaundler als einzige Ursache des Verschlusses aufgefassten Spasmus nur ein konkurrirendes, die Stenose noch verschlimmerndes Moment. Er schließt jedoch nicht aus, dass auch Fälle vorkommen können, in denen nur der Spasmus besteht.

Für die Diagnose ist das Erbrechen bei spärlichem, trockenem Stuhle, im Vereine mit den peristaltischen Bewegungen in der Magengegend von grundlegender Bedeutung. Die Prognose ist ohne Operation ungünstig. Die Behandlung kann, wenn die Ernährung an der Mutterbrust, so wie allfällig die Verabreichung künstlicher Nahrung in ganz kleinen Portionen und der Gebrauch der Magensonde keine Besserung erzielen, nur in der Operation bestehen. Als solche kann nur die Gastroenterostomie in Frage kommen, und zwar wegen der engen Lichtung des kindlichen Darmes durch Naht und nicht mit dem Murphyknopfe. Die Operation ist indicirt, sobald die klinischen Symptome das Leben des Pat. ernstlich bedrohen und die interne Behandlung erfolglos geblieben oder erschöpft ist, gleichviel ob es sich um eine wirkliche Stenose oder um einen Spasmus handle, und die Ablehnung des Eingriffes durch Pfaundler nicht berechtigt.

de **Quervain** (Chaux-de-Fonds).

34) **Smoler** (Prag). Darminvagination, bedingt durch ein melanotisches Sarkom des Dünndarmes. Darmresektion. Heilung.

(Zeitschrift für Heilkunde 1900. Bd. XXI. Hft. 9.)

Bemerkenswerth ist die polypöse Form der etwa hühnereigroßen, von der Schleimhaut ausgehenden melanotischen Geschwulst und besonders der Umstand, dass es sich um eine solitäre Geschwulst handelte. $^1/_2$ Jahr nach der Operation musste anderen Orts ein kindskopfgroßes Melanosarkom vom linken Oberarme des 58jährigen Pat. entfernt werden.

Weitere Nachforschungen, die S. anstellte, ergaben, dass mehrere Jahre vor der 1. Operation (Darmresektion) dem Pat. eine pigmentirte Warze an der Hand operativ entfernt worden war; mit Rücksicht hierauf glaubt S. desshalb die Darmgeschwulst als Metastase auffassen zu müssen, obwohl sie vollkommen den Eindruck einer Primärgeschwulst gemacht hatte.

Gross (Jena).

35) **J. Petit.** Greffes d'un kyste hydatique de la rate dans le tissu cellulaire sous-cutané consécutives à l'ouverture chirurgicale de ce kyste.

(Bull. et mém. de la soc. anatom. de Paris T. LXXV. No. 7.)

Im Juni 1898 operirte Quénu einen Milzechinococcus, wobei die Tasche austamponirt wurde. Im Juni 1900 kommt die Kranke wieder mit Impfmetastasen in der Narbe. Die Geschwulst, die zuerst nur zweilappig erscheint, erweist sich bei der Operation als aus einer Reihe von Bläschen bestehend. Wieder ein Beweis, dass Tochterbläschen in den Geweben haften und sich weiter entwickeln können.

Christel (Metz).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 5. Sonnabend, den 2. Februar. 1901.

I.

Über ein Verfahren zur Restitution des durchschnittenen Ureters vermittels direkter Vernähung desselben.

Von

Prof. **A. v. Gubaroff** in Moskau.

Obwohl die Restitution eines verletzten ev. auch durchschnittenen oder theilweise weggeschnittenen Ureters gelegentlich mit ganz gutem Erfolge ausgeführt worden ist, indem man denselben entweder in die Blase, oder in das Darmlumen implantirt hat, ist doch eine direkte Vernähung des Ureters nur selten mit günstigem Erfolge am Menschen ausgeführt worden, vielleicht weil man selten einen Fall antrifft, wo eine Implantation in die Blase sich als unmöglich erweist.

In solchen Fällen müssen die beiden Enden des Ganges mit einander vernäht werden.

Die große Zahl der dazu empfohlenen Verfahren beweist, dass eine für alle Fälle ausreichende Methode noch zu suchen ist; desswegen verdient jede klinische Beobachtung, welche zu einem günstigen Resultate geführt hat, besonderes Interesse.

In diesem Semester habe ich nun Gelegenheit gehabt, nach Herausschneiden eines etwa 3 cm langen Stückes des Ureters diesen Gang durch einfache Naht wieder vollständig zu restituiren, wie das Leichenpräparat (Obduktion am 31. Tage, Tod ohne Zusammenhang mit der Operation) deutlich bewiesen hat.

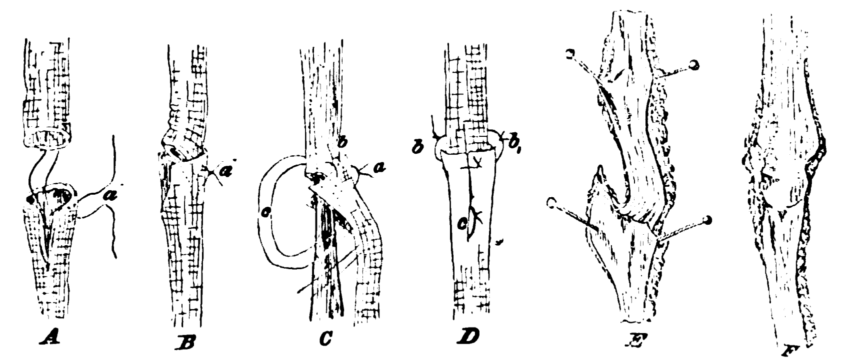


Fig. *A* zeigt die Spaltung des unteren Abschnittes und die Anlegung der ersten Naht *a*, welche die hintere Wand des oberen Abschnittes in den unteren invaginirt.

Fig. *B* zeigt die Wirkung der Schließung der Naht *a*.

Fig. *C* zeigt die Einführung der Sonde, die Anlegung der zweiten Naht *b*, welche gleich geknüpft wird, eben so auch Naht b_1 (auf Fig. *B* nicht sichtbar) und die Lage der dritten Naht *c*, welche erst nach Entfernung der Sonde zu knüpfen ist.

Fig. *D* zeigt das Resultat nach Knüpfung aller Nähte; *a* ist nicht sichtbar, *b* und b_1 sind an den betreffenden Stellen markirt. Die Invagination erfolgt nach Knüpfung der Naht *c*. Die Spaltwunde wird durch eine oberflächliche Naht vereinigt.

Fig. *E*, Präparat eines vernähten Ureters vom Hunde, operirt von Dr. Bloodgood nach dem typischen Verfahren von van Hook.

Fig. *F*, Präparat von dem oben erwähnten Falle, operirt vom Verf. nach eigenem Verfahren, 31 Tage nach der Operation (Tod an ausgedehnter Amyloiddegeneration der Bauchorgane). Vollständige Restitution der Schleimhautoberfläche.

Es hatte sich um ein enormes Fibrosarkom gehandelt (Circumferenz in der Nabelgegend 92 cm), welches rechts ganz intraligamentär gelagert war und nach dem typischen Doyen'schen Verfahren zusammen mit dem Uterus entfernt wurde. Bei der Ablösung der intraligamentären Abtheilung der Geschwulst und ihrer ausgedehnten Verwachsungen mit den Gedärmen wurde ein Stück des rechten Ureters weggeschnitten. Sofort wird versucht, das obere Ende in das untere zu implantiren. Da es sich aber sofort erwies, dass die typische Methode van Hook's (seitliche Implantation des oberen Endes in das untere) eine große Zeitdauer in Anspruch nehmen würde, so entschloss ich mich zu folgendem Verfahren.

Der freie Rand des unteren Abschnittes wurde längs gespalten, das obere Ende in das untere invaginirt und mit längs verlaufenden Nähten befestigt. Die Nähte, welche die ganze Ureterwand fassten,

konnten also nur längs verlaufende Verletzungen verursachen. Da aber die experimentellen Angaben van Hook's gezeigt haben, dass längs verlaufende Verletzungen des Ureters ohne Fistelbildung heilen, so war nicht zu befürchten, dass die Spaltung des unteren Abschnittes oder die Nähte die Heilung irgend wie stören möchten. Der Verlauf entsprach dieser Voraussetzung.

Das ganze Verfahren, so wie auch die Benutzung der Sonde, welche die Anlegung der Nähte bedeutend erleichterte, ist aus den Zeichnungen zu ersehen.

Voraussetzung zur sicheren Heilung ist, dass die vernähte Stelle gut mit Peritoneum bedeckt wird, weil nur die primäre Verklebung des Bauchfelles, wie bei Darmnähten, den Erfolg sichert. Die Rolle der Nähte ist zu Ende, sobald das Bauchfell nach einigen Stunden gut verklebt ist. Desswegen sollen Nähte aus resorbirbarem Material hergestellt werden; am besten aus haarfeinen Renthiersehnen. In meinem Falle habe ich auf einer Seite einen zu starken Sehnenfaden gebraucht, in Folge wovon eine Infiltration geblieben ist, welche man am Präparate deutlich bemerken kann (s. Fig. *F*).

Wie gesagt war die vollständige Restitution des Ureters am 31. Tage nach der Operation aus dem Präparate (möglicherweise ein Unicum) zu ersehen. Dasselbe ist auf Fig. *F* dargestellt, und ein Vergleichen desselben mit Fig. *E* scheint sehr instruktiv zur Beurtheilung der beiden Verfahren.

Das Herausschneiden der Mucosa, um eine bessere Koaptation und Verklebung zu bekommen, scheint ein theoretischer Vorschlag zu sein, indem das, was nach Entfernung der Schleimhaut übrig bleibt, kaum noch zu vernähen ist, so zerreißbar sind diese Gewebe.

Die Freilegung des Ureters, welche in unserem Falle auf 4 cm zu berechnen ist, scheint auf die Heilung keine bedeutende Wirkung auszuüben.

Es scheint endlich, dass die Vereinigung der Ureterabschnitte auch mit einer ganz geringen Zahl von Nähten geschehen kann, da dieselben nur provisorisch zu dienen haben, bis die Bauchfellverklebung eine definitive Befestigung zu garantiren vermag.

Moskau, 25./14. December 1900.

II.

Zur Behandlung des schrägen Unterschenkelbruches mit Bardenheuer'scher Extension.

Von

Dr. Oscar Wolff,

Oberarzt am kathol. Krankenhause zu Essen.

Im Centralblatte für Chirurgie 1901 Hft. 1 spricht Herr Dr. Kaefer aus Odessa über die »Behandlung der Verkürzung bei

Unterschenkelbrüchen«. Speciell »der häufig vorkommende typische Schrägbruch der Tibia mit gleichzeitiger Fraktur des Wadenbeines bietet der Behandlung besondere Schwierigkeiten, da es nur schwer gelingt, die durch Muskelzug bedingte Verkürzung auszugleichen«. Außer anderen Methoden hat er sich bei der Behandlung dieser Fraktur auch der Bardenheuer'schen Gewichtsextension bedient, die ihm indessen »wenigstens in den hier in Betracht kommenden Fällen keineswegs zufriedenstellende Resultate« gegeben hat.

Ich habe während meiner Assistentenzeit am Kölner Bürgerhospitale zahlreiche Flötenschnabelbrüche nach der dort allgemein durchgeführten Extensionsmethode behandelt, und wenn ich zu ganz anderen Resultaten gelangt bin, wie Herr Dr. Kaefer, so dürfte es bei der Wichtigkeit der in Frage stehenden Bruchform wohl nicht unangebracht sein, des Näheren hierauf einzugehen und die Gründe zu suchen, durch welche sich diese Differenz der Erfahrungen erklären lässt.

Bei der Durchführung der Extensionsmethode werden vielfach Fehler gemacht. Ich gehe auf diese Fehler nur in so weit ein, als sie beim Flötenschnabelbruche in Betracht kommen. Ein Kranker mit gebrochenem Beine, das mit Strecke behandelt werden soll, gehört zunächst in ein langes sog. Streckbett, d. h. in ein Bett, in dem bei ausgestreckter Lage des Kranken die Fußsohle mindestens $^1/_2$ m vom unteren Bettende entfernt bleibt. Vielfach sieht man in Krankenhäusern Pat. in Extension liegen, die mit der Sohle des erkrankten Beines den unteren Bettrand nahezu berühren. Sie brauchen nur ihren Körper um einige Centimeter abwärts zu schieben, — und das geschieht im Schlafe durch den Zug der Gewichte selbst bei hochgestelltem unteren Bettende eben so unwillkürlich als regelmäßig — dann berührt die Fußsohle den Bettrand, und die beabsichtigte Wirkung der Strecke ist gänzlich illusorisch. Oder aber das Seil, welches die extendirenden Gewichte trägt und über das untere Bettende geleitet wird, ist zu lang; dann braucht sich der Kranke nur eine kurze Strecke — trotz seines langen Streckbettes — nach abwärts zu schieben, und die Gewichte hängen nicht mehr schwebend, d. h. ziehend, in der Luft, sondern stehen auf dem Fußboden und haben hier nicht die geringste extendirende Wirkung.

Das sind Alles Fehler, die ich in Krankenhäusern nicht einmal, sondern wiederholt gesehen habe, und die nicht nur dem einzelnen Falle, sondern der ganzen Methode zum Nachtheile gereichen.

Die Extension muss Tag und Nacht in gleicher Weise stetig wirken, soll nicht das am Tage Erreichte in der Nacht wieder verloren gehen.

Gewöhnlich liegt die Frakturstelle beim schrägen Unterschenkelbruche etwa handbreit oberhalb des Sprunggelenks; das periphere Fragment ist relativ kurz und bietet dem Ansatze der Heftpflasterstreifen nur wenig Raum. Zudem wird vielfach zwischen die Heftpflasteransa, welche die Gewichte trägt, ein Querbrett eingespannt,

welches die Schlinge aus einander halten und den Druck auf die Knöchel, den Decubitus verhindern soll. Eine derartig angelegte Extension ist nahezu von gar keiner extendirenden Wirkung. Sie erfasst das Knöchelfragment gar nicht, übt keinen Zug nach unten aus und wirkt, so angelegt, entschieden schlechter als ein Gipsverband, der dem gebrochenen Beine wenigstens eine gute Schiene giebt, wenn er auch keine extendirende Wirkung hat. Gerade weil das Fragment so kurz ist und so wenig Halt giebt, muss man es mit der Schlinge möglichst eng und exakt zu fassen suchen. Die Schlinge darf nicht durch ein eingespanntes Brett aus einander gehalten werden, sondern sie muss im Gegentheile möglichst zusammengezogen werden, um den Knöcheln dicht anzuliegen. Das wird durch eine gewöhnliche Hosenträgerschnalle erreicht, in welche die Heftpflasteransa eingeschnallt ist; trotzdem die Schlinge den Knöcheln fest aufliegt, entsteht niemals Decubitus, wenn man zwischen Pflaster und Knöchel nur ein dünnes Gazebäuschchen einschiebt.

Es ist wesentlich, dass die Heftpflasterstreifen weit über die Frakturstelle hinauf reichen; beim Flötenschnabelbruche reichen die Längsstreifen bis zur Mitte des Oberschenkels nach Bardenheuerscher Methode. Reichen die Streifen nur bis zur Bruchstelle, so wird zwar das periphere Fragment distrahirt, es werden aber die kontrahirten und elastisch retrahirten Muskeln nicht beeinflusst. Gerade die Muskeln, welche die Bruchstelle überbrücken, bedingen durch ihre Re- und Kontraktion die Verschiebung der Bruchstücke und werden in höherem Grade gedehnt, wenn die Extension auf ihren ganzen Verlauf einwirkt, als nur auf ihr Ende.

In diesem Punkte, die Extensionsstreifen weit über die Bruchstelle hinaufreichen zu lassen, ist Herr Dr. Kaefer der Vorschrift Bardenheuer's gefolgt, in der Belastung ist er indessen nicht weit genug gegangen.

Eine Belastung von 15—20 Pfund genügt bei der in Frage stehenden Fraktur nicht zum Ausgleiche der Dislokation; dazu sind mindestens 30—35 Pfund erforderlich. Bardenheuer trägt nicht nur der Längenverschiebung, sondern auch der seitlichen Verschiebung Rechnung, d. h. er verwendet nicht nur Längszüge, sondern auch in seitlicher Richtung angreifende Züge. Beim Flötenschnabelbruche verschieben sich die Fragmente gewöhnlich an einander vorbei, so dass der Unterschenkel in toto kürzer wird; dann aber hebt sich in Folge der Quadricepswirkung das untere Ende des oberen Fragments, der Schnabel, nach oben, dorsalwärts, während das kurze periphere Bruchstück mit dem Fuße nach hinten sinkt. Um beiden Verschiebungen gerecht zu werden, wird also in longitudinaler Richtung mit einem Gewichte von 15—20 Pfund extendirt. Gleichzeitig wird das nach hinten gesunkene Fußfragment vertikal nach oben geleitet; der nach oben wirkende Zug ist mit einem Gewichte von 5 Pfund beschwert. Der nach oben abgewichene Tibiaschnabel wird direkt nach unten gedrückt, so dass sich seine Bruchfläche mit der des

unteren Fragments berührt. Der Druck wird durch den sehr einfach konstruirten Bardenheuer'schen Schlitten mit einer Stärke von 10 Pfund ausgeübt. In Ermangelung des Schlittens lässt sich auch ein 10 Pfund schwerer Sandsack verwenden, der auf die Kante des oberen Tibiafragments gelegt wird. Extendirt man das obere Ende des centralen Fragments noch nach oben durch einen Zug, welcher dicht unterhalb der Kniekehle angreift und dasselbe direkt nach oben hebt (5 Pfund), so wird das obere Fragment in einen Hebel mit dem Drehpunkt in der Mitte verwandelt und so die Wirkung des Schlittens wesentlich gesteigert. Vielleicht klingt die Sache komplicirter, als sie in Wirklichkeit ist; kurz gesagt wirken beim schrägen Unterschenkelbruche 4 Züge, einer nach unten in der Längsrichtung des gebrochenen Gliedes, 2 nach oben (einer unter dem Knie-, einer über dem Fußgelenke), und zwischen beiden ist der nach unten drückende Schlitten eingeschaltet.

Selbst eine Gewichtsmenge von 30—35 Pfund genügt zur Hebung der Verstellung nur dann, wenn die Extension möglichst bald, womöglich unmittelbar nach der Verletzung angelegt wird. Je längere Zeit vergeht, desto größer wird die elastische Retraktion der Muskulatur, desto schwieriger ist es, diesen Zustand zu überwinden. Hier genügen selbst weit größere Gewichte nicht mehr, um die in ihrer Retraktion starr gewordenen Muskeln zu dehnen, und erfahrungsgemäß gelingt es nicht mehr, Fälle, die erst mehrere Tage nach Eintritt des Bruches in Behandlung kommen, mittels Extension ohne Verkürzung zur Heilung zu bringen. Der Widerstand der Gewebe ist hier eben zu groß, um die Dislokation ausgleichen zu können. Daraus ergiebt sich, dass nur der gute Resultate von der Methode erwarten kann, der sie frühzeitig anwendet. Glücklicherweise ist das so zu sagen immer möglich; auch starker Bluterguss, selbst Blasenbildung der Haut hindern es nicht, die Extension gleich nach der Verletzung anzulegen.

Nur wer die Extension nach diesen Gesichtspunkten anwendet, wendet sie im Sinne Bardenheuer's an. Er wird mit Sicherheit den Schrägbruch der Tibia mit gleichzeitiger Fraktur des Wadenbeines ohne Verkürzung zur Heilung bringen. Durchschnittlich sind dazu 6—8 Wochen erforderlich. Ich habe wenigstens bei Anwendung der Extension nie den Eindruck des Herrn Dr. Kaefer gehabt, dass es bei diesem Bruche »nur schwer gelingt, die durch Muskelzug bedingte Verkürzung auszugleichen«.

---

1) **H. Marx.** Bakteriologische Mittheilungen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 2.)

M. beschreibt ein einfaches Verfahren, um durch die Methode der »Anreicherung« ähnlich wie Jochmann bei den Tuberkelbacillen bei allen chirurgischen Fällen von Eiterung Bakterien nachzuweisen. Mehrere Kubikcentimeter des Eiters werden in ein mit

5%iger Glycerinbouillon gefülltes Erlenmeyer-Kölbchen gebracht, das man bei 39° etwa 12 Stunden im Brutschranke stehen lässt. Alle im Eiter vorhandenen Bakterien kommen dabei zu gleichmäßiger Vermehrung.

Weiterhin ist die Mittheilung des Verf. sehr interessant, dass es ihm gelungen ist, mit dem für Warmblüter nicht pathogenen Bac. prodigiosus bei Fröschen, also Kaltblütern, Infektionen zu erzielen und fernerhin mit den durch die Frösche hindurchgegangenen Kulturen Mäuse, welche gegen die ursprüngliche Kultur unempfindlich waren, zu inficiren.

Die dritte Mittheilung betrifft das farblose Wachsen der farbstoffbildenden Bakterien auf der weißen Mohrrübe. M. begründet dies mit dem stärkeren Säuregehalte der letzteren.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

2) **H. Marx** und **F. Woithe.** Ein Verfahren zur Virulenzbestimmung der Bakterien.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 3.)

Verff. sind der Ansicht, dass die bisherige Methode der Giftigkeitsbestimmung pathogener Mikroorganismen mittels des Thierimpfversuches nicht einwandsfrei sei, da dieser gewisse Faktoren — wie Immunität gegen ihre Wirkung oder Disposition für dieselbe — niemals in ihrem Einflusse berechnen könne. Sie glauben nun wenigstens für sporenlose Arten, die nicht zu der Tuberkulosegruppe gehören, ein Mittel der Virulenzbestimmung gefunden zu haben, das eine völlige Sicherheit gewähre. Sie fanden nämlich, dass bei diesen genannten Mikroorganismen dem höchsten Stadium der Entfaltung gewisser Funktionen, wie der Farbstoffbildung, ein maximaler Gehalt von Babes-Ernst'sche (»metachromatische«) Körperchen führenden Individuen entsprach, und dass die Zahl dieser solche Gebilde besitzenden Zellen in ganz genauem Verhältnisse zu der Stärke jener Funktion stand, mit dem Aufhören derselben selbst zu Null ward. Weitere Erwägungen führten zu der Annahme, dass eben so wie die Farbstoffbildung auch die Virulenz der Bakterien eine Funktion ihrer höchsten vitalen Energie sei, und darum auch das Vorhandensein Babes-Ernst'scher Körperchen die sicherste Methode für die Virulenzbestimmung pathogener Mikroorganismen sein müsse. Dieses Verfahren emancipirt sich von der Berücksichtigung der Wirkung des Giftes und urtheilt nur nach den morphologischen Eigenschaften der Bakterienzelle, die in der innigsten Beziehung zur Ausbildung specifischer Fähigkeiten stehen. Auch geht die Meinung der Verff. dahin, dass, wenn die wirkliche Giftigkeit bestimmt werden soll, man die Bakterien mit den Körpersäften, in denen sie gefunden werden, zu untersuchen habe, da man aus dem sonst gehandhabten Verfahren — der Prüfung aus angelegten Kulturen — kein Urtheil über die ursprüngliche Virulenz bekomme.

Die Durchführung dieser Methode, ihr Verhältnis zu der bisher geübten Virulenzbestimmung, speciell auch der Pathogenität von Staphylo- und Streptokokken, die Technik des Verfahrens bilden einen weiteren Theil der Arbeit. Interessant sind auch die Erfahrungen, welche Verff. mit ihrem Verfahren in der chirurgischen Praxis gemacht haben, insonderheit bei der Untersuchung der von Eitererregern veranlassten Processe. Während die Verff. den Grad der Virulenz nach ihrer Methode bestimmen, sind sie natürlich der Ansicht, dass die Pathogenität von Bakterien für gewisse Thierspecies nur durch den Impfversuch einstweilen festzustellen ist.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

3) **W. Hunter.** Oral sepsis as a cause of disease.

(Brit. med. journ. 1900. Juli 28.)

Verf. hält den Mund für die häufigste Eingangspforte pyogener Infektionen. Die Frage kann aber nicht im Zusammenhange mit irgend einer bestimmten Erkrankung der Mundhöhle erörtert werden, da es eine große Anzahl pathologischer Veränderungen im Munde giebt, die zu weiteren Erkrankungen Anlass geben können. Es gehören dazu die verschiedenen Arten der Stomatitis, sodann auch manche Dinge, für welche man keine genaue Benennung anführen kann, welche indessen auf Rechnung einer allzu konservativen Zahnheilkunde zu setzen sind. Es kann vom Munde Anlass zu den verschiedenartigsten Erkrankungen gegeben werden, welche bald mehr lokaler Natur, wie Tonsillitis, Lymphadenitis, Mittelohreiterungen, Kieferabscesse, bald mehr allgemeinerer Natur sind, wie ulceröse Endokarditis, Empyem, Meningitis, Nephritis, Osteomyelitis und andere septische Zustände.

Bei solchen pathologischen Zuständen in der Mundhöhle legt H. Werth auf eine möglichst strikt durchgeführte Antisepsis des Mundes, welche nicht durch milde Adstringentien und Antiseptica, sondern durch die direkte Applikation von 5%iger Karbolsäure auf die afficirten Partien erzielt werden soll. Alle kranken, nutzlosen Zahnstümpfe sollen entfernt, künstliche Gebisse täglich durch Auskochen sterilisirt werden, und seitens der Zahnärzte soll Alles in der Mundhöhle vermieden werden, was nicht ordentlich sterilisirt werden kann.

Weiss (Düsseldorf).

---

4) **N. W. Jones.** The presence of virulent tubercle bacilli in the healthy persons.

(New York med. record 1900. August 25.)

J. fand, dass virulente Tuberkelbacillen hin und wieder in der Nasenhöhle gesunder Personen, welche ihrer gewöhnlichen Beschäftigung nachgehen, zu finden sind. Viel häufiger kamen sie aber bei Personen, welche mit Tuberkulösen zu thun haben, vor.

Loewenhardt (Breslau).

---

5) **E. Apert.** Notes sur une forme de tuberculose osseuse du vieillard.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris T. II. No. 7.)

Die Knochentuberkulose, an sich nicht häufig im Greisenalter, hat gewisse Eigenthümlichkeiten, die sie von der gleichen Krankheit der Jugend unterscheidet. Erstlich werden vorwiegend die distalen Knochen bezw. Gelenke betroffen, zweitens kommt es meist zur Bildung zahlreicher kleiner zwischen Knochen und Periost gelegener Herde ohne tiefere Usur des ersteren. 2 Krankengeschichten, die auch den schnell tödlichen Verlauf der Erkrankung darthun, sind beigefügt.

Christel (Metz).

---

6) **E. Reis.** Klinische Beobachtungen über Osteomyelitis der langen Röhrenknochen, besonders in Bezug auf die Epiphysenknorpelfuge und die begleitenden Gelenkaffektionen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 3.)

Die fleißige Arbeit giebt einen Beitrag zur Kasuistik der Osteomyelitis und ihrer Folgen: Verf. beschäftigt sich besonders mit den Vorgängen an der Knorpelfuge und den Komplikationen seitens der Gelenke. Für die Epiphysenlinie fand er, dass sie einer Regeneration fähig ist, so fern die Zerstörung keine vollständige war. An Röntgogrammen konnte er diese Thatsache nachweisen bei Fällen, in denen sich bei der Operation die Vereiterung fast der ganzen Knorpelfuge gezeigt hatte. Im Übrigen wird die Epiphysenlinie nach ihrem Eingriffensein durch den osteomyelitischen Process meist durch knöcherne Massen ersetzt. Dasselbe tritt ein, wenn die Epiphysenlösung stattfindet bei Sitz des Osteomyelitis in der Diaphyse der Röhrenknochen. Des Weiteren finden noch eine eingehende Besprechung die eigenartigen Verhältnisse des Längenwachsthums bei der Erkrankung der Knorpelfuge und der Diaphyse. Abnormes Längenwachsthum findet sich bei Frakturen, Nekrosen und Osteitiden und unversehrter Knorpelfuge. Wird letztere von der Osteomyelitis mit einbezogen, so findet man im Gegentheile Verkürzungen. Die Mitbetheiligung der Gelenke kann stattfinden durch eine seröse Entzündung, eitrige Einschmelzung der Gewebe und durch chronische obliterirende Arthritis. Epiphysenlösungen, welche auf der Seite der Epiphyse sitzen, veranlassen keine späteren Wachsthumsstörungen; erst wenn bei Übergreifen auf die Diaphyse die der letzteren zunächst liegenden Schichten der Knorpelfuge ergriffen werden, sind solche zu erwarten.

Die Arbeit ist auf Grund des einschlägigen Materiales der v. Bergmann'schen Klinik entstanden.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

7) V. Schmieden. Ein Beitrag zur Lehre von den Gelenkmäusen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 3.)

Die Lehre von den Gelenkmäusen schien im Ganzen einheitlich gestaltet, in so fern man wohl meist Barth's Anschauung sich anschloss, der nur traumatische Entstehung gelten lässt neben der Arthritis deformans als zweiter Ursache. Indessen wusste König für seine ältere Theorie von der Osteochondritis dissecans neue Stützen zu bringen. Desshalb suchte Verf. auf Grund zahlreicher Fälle aus der v. Bergmann'schen Klinik und eigener Studien nochmals der Frage näher zu treten.

Bei der Entwicklung des klinischen Bildes, welches die Gelenkmäuse hervorbringen, kommt Verf. auf verschiedene Erkrankungen zu sprechen, von denen am häufigsten fibröse Zotten zur Verwechslung mit denselbeu führen, zumal auch hier meist eine traumatische Entstehung angegeben wird. Öfters handelt es sich hier um Tuberkulose. Interessant ist ein von S. erwähnter Fall von extra-artikulärer Gelenkmaus.

Eine Entstehung wirklicher Gelenkmäuse aus fibrösen Zotten ist nicht erwiesen. Bezüglich des Wachsthums der Gelenkmäuse ist bekanntlich Barth der Ansicht, dass dies davon abhängig sei, dass dieselben mit der Gelenkkapsel verwachsen und von dorther ernährt werden. S. theilt diese Ansicht nicht. Es ist nicht zu beweisen, dass alle derartigen Gebilde, welche Wachsthum zeigen, einmal gestielt gewesen sind. Niemals konnte Verf. auch nur Andeutungen von Gefäßen in ihnen finden, und ein weiteres begründendes Moment findet er darin, dass sehr bewegliche Körper nach Angaben intelligenter Pat. gewachsen sind. Abgesprengte Knorpelstücke wachsen kaum, nur Knorpel-Knochenstücke, welche lebendiges Markgewebe der Spongiosa mit sich führen, sind einer energischeren Größenzunahme fähig.

Aus der makroskopischen und mikroskopischen Untersuchung seiner Präparate schließt Verf., dass progressive und regressive Processe an den Gelenkmäusen zuerst neben einander herlaufen, dass die regressiven allmählich zum Stillstande kommen, während die progressiven andauern. Die abgesprengte Knorpelplatte bleibt als Kern, abgesehen von gewissen eben erwähnten regressiven Veränderungen, unverändert nach Größe und Gestalt bestehen. Eine knochenbildende Thätigkeit des Periosts und des Perichondriums der Gelenkmaus ist anzunehmen, besonders aber ist das Mark des spongiösen Theiles als Mutterboden der Neubildung an ihr anzusehen. Es findet dabei auch eine Metaplasie der verschiedenen Gewebe der Bindegewebsgruppen in einander statt. S. konnte keinen Fall finden, bei dem man Beweise für eine spontane dissecirende Gelenkentzündung annehmen durfte. Er theilt die Gelenkmäuse ein in solche, welche in einem von Arthritis deformans ergriffenen Gelenke ent-

stehen; sie enthalten mikroskopisch nicht die Theile der normalen Gelenkfläche. Ferner in solche, welche nicht durch Arthritis deformans entstanden sind und die die normalen Gelenktheile enthalten. Darum ist auch nur die mikroskopische Untersuchung als maßgebend anzusehen. Bei der ersten Gruppe ist meist von vorn herein die ganze Gelenkfläche rauh und uneben, die Exstirpation der Fremdkörper allein giebt keine guten Resultate; in schweren Fällen muss man zur Resektion schreiten.

Bezüglich der zweiten Gruppe glaubt S., dass selbst ein geringes Trauma zur Absprengung von Gelenktheilen führen kann. Zwischen Verletzung und Auftreten der ersten Symptome der Gelenkmausbildung können Jahre liegen. Wahrscheinlich deucht es Verf. weiterhin, dass durch das Trauma nur eine gewisse Schädigung des Knochen-Knorpelgewebes gesetzt wird, die im Laufe der Zeit zur Abstoßung eines freien Körpers führt. Bei einer Reihe von Fällen war kein Trauma aufzufinden. Da indessen die Präparate sich in gar nichts von den traumatischen Gelenkkörpern unterschieden, kann Verf. nur annehmen, dass die Verletzung vergessen wurde. Eine dissecirende Entzündung möchte er darum jedoch nicht annehmen.

Bemerkungen über die an der v. Bergmann'schen Klinik gehandhabte operative Methode der Entfernung der Gelenkmäuse beschließen die interessante Arbeit. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

8) **Th. Benda** (Berlin). Intermittirende Gelenkwassersucht. Monographische Studie.

Berlin, **Oscar Coblentz**, 1900. 60 S.

In der vorliegendem Arbeit stellt B. die bis jetzt bekannten Beobachtungen von periodisch auftretender Gelenkschwellung zusammen. Er fand im Ganzen 56 Fälle, worunter 2 eigene Beobachtungen inbegriffen sind.

Eine einheitliche Ätiologie hat diese Erkrankung nicht. Theilweise traten solche Gelenkstörungen im Anschlusse an Traumen auf, einige Male im Anschlusse an Gonorrhoe; weiter wurden Syphilis, Malaria, Gelenkrheumatismus, Osteomyelitis, Störungen des Nervensystems (Hysterie, Neurasthenie, Epilepsie, Morbus Basedowii, Paralyse, Hypochondrie, Trigeminusaffektion, psychisches Trauma) als ätiologische Momente in Betracht gezogen. In einem Theile der Fälle ist überhaupt keine Entstehungsursache nachweisbar gewesen. Die Erkrankung beginnt gewöhnlich plötzlich mit Anschwellung des Gelenkes. Es können mehrere Gelenke anschwellen, meist aber wird nur ein Gelenk befallen. In der Zusammenstellung des Verf. war das Kniegelenk am meisten afficirt. Einmal war ein Ellbogengelenk allein geschwollen und ein anderes Mal ein Fußgelenk. In 14 Fällen waren neben dem Knie auch noch andere Gelenke befallen.

Störungen des Allgemeinbefindens fehlen gewöhnlich. Was nun die Häufigkeit des Vorkommens der Anfälle betrifft, »so sind besonders der 11- und 13tägige Typus bevorzugt; dann folgt der 7- und 9tägige, so wie der 4wöchentliche, während die übrigen nur vereinzelt zur Beobachtung kommen. Die Extreme sind der 1tägige Typus — die Anfälle traten täglich zur gewohnten Stunde auf — und der mehrmonatliche.« Meist dauern die Anschwellungen 3 Tage lang an. Unter 2 oder über 8 Tage Dauer ist eine Ausnahme. Manchmal wurden gleichzeitig mit der Gelenkschwellung Hautanschwellungen beobachtet (Gesicht, Oberschenkel, Umgebung des betroffenen Gelenkes). Weiter trat manchmal periodisches Erbrechen, periodische Diarrhöe, Urticaria-Eruption auf.

Die Prognose bezüglich des Verschwindens dieses Leidens ist zweifelhaft zu stellen. Theilweise trat völlige Heilung ein ($^1/_3$ der Fälle); und zwar wurde die früheste Heilung nach 8 Tagen, die späteste nach 13 Jahren festgestellt. Die Erkrankung ist an und für sich harmlos. Schwere Komplikationen traten nie auf.

Verf. glaubt, dass »eine psychische Behandlung, namentlich wenn die chirurgische Behandlung fruchtlos gewesen, weitaus das Wichtigste ist«.

Im Übrigen wurden schon alle möglichen therapeutischen Maßnahmen, sowohl von Seiten der inneren Medicin wie Chirurgie in Anwendung gebracht, ohne dass irgend wie derselben ein Vorzug zuzusprechen wäre.

Verf. schließt die Arbeit, welche noch viele interessante Einzelheiten enthält, mit dem Satze: Der Hydrops intermittens genu ist ein Glied in der langen Kette jener räthselhaften Erscheinungen, die ihre Erklärung nicht finden können, ehe nicht das Räthsel der Periodicität beim Menschen überhaupt, sowohl auf physiologischem als auch auf pathologischem Gebiete, seine Lösung gefunden hat.

Ein Litteraturverzeichnis von 76 Nummern ist der Abhandlung angefügt.

Neck (Chemnitz).

---

9) **P. Tassigny.** Contribution à l'étude clinique des amyotrophies paralytiques de cause articulaire.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1900.

Verf. konnte feststellen, dass bei verschiedenartigen Gelenkerkrankungen, besonders nach akuten traumatischen, eine mehr oder weniger vollständige Lähmung und Atrophie der Muskulatur auftreten kann. Derartige Muskelstörungen scheinen nach ihrem klinischen Charakter rein funktioneller Natur zu sein. Die Lähmung kann eben so rasch auftreten, wie sie wieder verschwindet bei Anwendung geeigneter therapeutischer Maßnahmen. Wenn derartige Lähmungen vernachlässigt werden, besonders durch Immobilisation der Gelenke, verschlimmert sich der Zustand. Ein Theil der mehr oder weniger schweren Gelenkstörung (Schmerzen, wiederholte Er-

güsse) bestehen bisweilen noch lange Zeit fort und trotzen jeder direkten Behandlung. Dieselben sind von Muskelstörungen abhängig und verschwinden, wenn man solche Störungen in Angriff nimmt. Zur Vermeidung bezw. Beseitigung der Muskellähmungen und Atrophien sind methodische Übungen das Beste. Außer einem eigenen Falle theilt T. noch 6 anderwärts gemachte ähnliche Beobachtungen mit.

Neck (Chemnitz).

---

10) **Anna Schröders.** Chirurgische Operationen während der Gravidität.

(Inaug.-Diss. Zürich, 1900.)

Die interessante und über das gewöhnliche Niveau der Dissertationen herausragende Arbeit zerfällt in 2 Theile. Der 1. Theil behandelt die eigentlichen gynäkologischen Operationen während der Schwangerschaft, vor Allem die Myomotomie und die Behandlung der carcinomatösen Gebärmutter. Verf. giebt darin die hinreichend bekannten Statistiken der Gynäkologen über operative Eingriffe am schwangeren Uterus wieder.

Die früher allgemein gültige Ansicht, dass Operationen an schwangeren Frauen frühzeitig Abort herbeiführen, oder dass die Wundheilung eine schlechtere sei, ist jetzt verlassen. Immerhin bestehen noch Streitfragen genug, auf welche Weise der schwangere Uterus angegriffen werden soll. Es ist hier nicht der Ort, diese rein gynäkologischen Fragen zu erörtern. Der 2. Theil der Arbeit befasst sich mit rein chirurgischen Operationen und führt eine Reihe von solchen aus der Klinik von Krönlein auf.

Danach ist 5mal eine Strumektomie wegen Struma dyspnoica, und zwar 4mal im 10. Monate gemacht worden; 4mal mit gutem Erfolge ohne Störung der Schwangerschaft; eine Frau starb an Tetanie, welche sich 10 Tage nach der Operation einstellte. Dass lebensrettende Operationen ausgeführt werden müssen und können, ohne Einfluss auf die Schwangerschaft der Pat., wird ebenfalls an mehreren Krankengeschichten erwiesen. Interessant ist noch eine Pylorusresektion wegen Carcinom an einer im Beginne der Schwangerschaft stehenden 26jährigen Pat.; sodann eine Nephrektomie wegen cystischer Geschwulst der linken Niere, welche dem wachsenden Uterus Hindernisse in den Weg legte. Diese Frau erlitt 3 Wochen später einen Abort von 5 Monaten.

Verf. kommt auf Grund dieser 11 Fälle zu folgenden Schlüssen: Operationen während der Schwangerschaft sind geboten bei Indicatio vitalis; hierher gehören auch die Fälle von Erstickungsnoth bei Kropf, eingeklemmte Hernien; ferner zur Beseitigung gefährlicher Geburtshindernisse und bei allen Fällen, wo das Hinausschieben der Operation den Zustand der Mutter wesentlich verschlechtern würde, z. B. bei bösartigen Geschwülsten, welche erfahrungsgemäß während der Schwangerschaft ein stärkeres Wachsthum eingehen. Auch zur Erreichung einer günstigen Prognose für das Wochenbett, wie bei Ova-

rialcysten, Myomen, und endlich zur Beseitigung sehr lästiger Zustände der Mutter, ohne direkte Lebensgefahr, wie Schmerzen, Unbehagen etc [Diese letztere Indikation dürfte die am meisten umstrittene bleiben Ref.] **Tschmarke** (Magdeburg).

11) **R. Gersuny.** Über eine subkutane Prothese.

(Zeitschrift für Heilkunde Bd. XXI. Hft. 9.)

Durch die subkutane Injektion von weißer Vaseline, einer Mischung von Paraffinum liquidum und P. solidum (Schmelzpunkt bei 40° C), welche durch Hitze sterilisirt und nicht mehr heiß in die Pravaz'sche Spritze eingezogen wird, lässt sich am Orte der Injektion eine rundliche, feste Geschwulst hervorrufen, welche unverändert liegen bleibt. Auf diese Weise ersetzte Verf. in einem Falle den operativ verursachten Defekt beider Hoden und vergrößerte in 2 Fällen von Uranoplastik die Uvula, wodurch er eine wesentliche Besserung der Sprache erzielte. Dnrch solche Dépôts fester Salbenmassen unter der Haut vermag man also subkutane Prothesen zu schaffen. Nach dem Vorschlage des Verf. kann man so vielleicht eingezogene Hautnarben heben, eingesunkene Wangen oder Sattelnasen verbessern, größere Wundhöhlen ausfüllen, Hirndefekte ersetzen, event. Gelenke nach der Resektion beweglich machen — ein mangelhaft angelegter Versuch wurde nicht durchgeführt —, Bruchpforten verschließen und Öffnungen, welche Inkontinenzen veranlassen, verengern. Durch vorherige Injektion einiger Tropfen einer 5%igen Cocainlösung lässt sich die Einverleibung der Salbe auch schmerzlos ausführen. **Buchbinder** (Leipzig).

12) **Lancereaux** et **Paulesco.** Traitement des anévrismes par la gélatine en injections sous-cutanées.

(Bull. de l'acad. de méd. de Paris 1900. No. 28.)

Verff. begrenzen die Indikationen der Gelatinebehandlung bei Aneurysmen — die ja im Allgemeinen bekannt ist — dahin, dass nur sackförmige, durch enge Öffnung mit der Gefäßlichtung in Verbindung stehende Aneurysmen ihr unterworfen werden sollen. Bei spindelförmiger Gefäßerweiterung versagt die Methode. 4 neue eigene Beobachtungen mit zum Theil überraschendem Erfolge werden mitgetheilt, über einige andere wird referirt. Oft werden 25—30 Einspritzungen nöthig, und im Falle des Recidivs sind sie zu wiederholen. **Christel** (Metz).

13) **E. Calot.** Les maladies qu'on soigne à Berck.

Paris, **G. Masson,** 1900. 443 S.

Vor Allem ist die sog. chirurgische Tuberkulose Gegenstand der Behandlung in Berck, sodann noch verschiedene andere Affektionen, wie die Haupterkrankungen des Skeletts: die Skoliosen, die Osteomyelitis, die Ankylosen, angeborene Hüftverrenkungen, die Klump-

und Plattfüße, ferner die Affektionen des lymphatischen Rachenringes, gewisse Ohr- und Augenleiden etc.

Bei Behandlung der Tuberkulose verfährt C. möglichst konservativ. Eine Radikaloperation ist nur dann indicirt, wenn man nach Lage der Dinge sicher sein kann, alles Krankhafte entfernen zu können; für die tieferen Skelett-Theile (z. B. Hüftgelenk und Wirbelsäule) wird sie sonach vollkommen verworfen. Auch bei Halslymphomen operirt C. nur dann, wenn bereits die Haut in erheblicher Weise verändert oder miterkrankt ist. Im Übrigen erzielt C. durch eine allgemeine roborirende Therapie (vor Allem durch das Seeklima in Berck) und lokal durch Ruhe, event. verbunden mit Extension des Gliedes, so wie Punktionen und Injektionen am Erkrankungsherde, gute Heilresultate. Ein geschlossener tuberkulöser Herd soll nie in einen offenen verwandelt werden. Für die Coxitis mit Schmerzen oder Deviation zieht C. den schon früher von ihm angegebenen großen Gipsverband der Extension im Allgemeinen vor. Bei Adduktionskontrakturen nach Coxitis empfiehlt er zunächst die subkutane Lösung der Ansätze der Adduktorensehnen mittels kräftigen, oft wiederholten Fingerdruckes. Bei Ankylosen in fehlerhafter Stellung übt C. das Redressement (!), in hartnäckigen Fällen eine Osteotomie des Schenkelhalses.

Von den übrigen Kapiteln des Buches beansprucht das den »Mal de Pott« behandelnde noch einiges Interesse. Wie wohl zu erwarten war, ist ihm ein breiter Raum gewidmet. Verf. schildert sein bekanntes Extensions- und Redressionsverfahren; doch ist er — nach Ansicht des Ref. — von seinem früher geübten gewaltsameren Vorgehen mehr und mehr abgekommen. Denn auch in schwereren Fällen, bei denen sich der Buckel nicht mehr in der von ihm beschriebenen Schwebe ausgleicht, beschränkt sich C. auf einen vorsichtig mit beiden Daumen 1—2 Minuten lang ausgeübten Druck und begnügt sich oft mit einer partiellen Korrektion des Buckels oder redressirt in mehreren Sitzungen. Die Narkose wendet er dabei nicht immer an. Die schon früher geübte Operation (Abhebelung des Periostes und Abtragung des vorspringenden Knochenbuckels) wird zur Erleichterung des Redressements und Vermeidung des Decubitus im Gipsverbande auch heute noch von ihm ausgeführt, und verspricht sich C. immer noch, dadurch eine besonders ausgiebige und feste Knochenneubildung am Erkrankungsherde zu bewirken.

A. Most (Breslau).

---

14) **Carle.** Recherches sur la veine basilique. Application à la ligature de l'axillaire.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris T. II. No. 3.)

Verf. hat an 44 Leichen die Verhältnisse der Ven. brach. und basil. studirt und konnte dabei die von Gegenbaur vertretene Ansicht bestätigen, dass die Vena basilica die hauptsächlichste venöse

Bahn, die V. brachialis von geringerer Bedeutung sei. Vor Allem lenkt er die Aufmerksamkeit auf eine Vene, die er in etwa der Hälfte der Fälle antraf: Aus dem die Art. brach. umspinnenden Geflechte tritt sie selbständig heraus, begleitet die Arterie bis nahe ans Schlüsselbein und senkt sich in die V. axillaris.

Für die Unterbindung der Art. axill. kommt sie zur Orientirung in Betracht. Sieht man sie als kleineres Gefäß neben der V. axill. durch die Aponeurose schimmern, so findet man hinter ihr, zwischen Nerv. medialis und ulnaris die Arterie. **Christel (Metz).**

---

15) **M. Borchardt.** Ganglienbildung in der Sehne des Musculus triceps brachii. Ein Beitrag zur Pathogenese der Ganglien.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 3.)

Zu den interessanten und werthvollen Beiträgen über die Lehre von den Ganglien, welche in den letzten Jahren die v. Bergmann'sche Klinik gegeben hat, fügt B. diesen neuen. Er ist geeignet, die Lehre vom Zusammenhange der Ganglien mit den Gelenken, die ja schon die letzten Arbeiten über diesen Gegenstand stark erschüttert haben, völlig zu beseitigen. Die cystische Geschwulst, die sich im vorliegenden Falle im Musculus triceps brachii, resp. in dessen Sehne vorfand, dokumentirte sich makroskopisch wie mikroskopisch als echtes Ganglion. Jedenfalls kann bei ihr gar kein Zweifel bestehen, dass sie nirgends mit einem Gelenke oder einer Sehnenscheide in Verbindung stand, ja sie kann dafür als geradezu klassischer Fall gelten, was um so wichtiger ist, als gerade derartige Beobachtungen nur in sehr spärlicher Zahl vorliegen.

Mikroskopisch erscheinen im Wesentlichen auf den beigegebenen Abbildungen von den Präparaten der Geschwulst degenerative Processe, die sich vornehmlich im Bindegewebe abspielen. Unter den Zellen treten einige ganz besonders hervor durch ihre Größe und ihren Charakter als Fremdkörperriesenzellen. Als Zeichen hydropischer Degeneration haben sich in ihnen Vakuolen gebildet, so dass der Zellleib einer Himbeere oder Honigwabe gleicht. Bezüglich der Ätiologie der Ganglien ist Verf. der Ansicht, dass die geringe lokale Widerstandsfähigkeit des Gewebes so wie dessen exponirte Lage für traumatische Schädigungen eine wesentliche Rolle spielen.

Ledderhose und zuletzt besonders Thorn haben den Gefäßveränderungen, endarteriitischen Processen, eine besondere Mitwirkung bei Entstehung der degenerativen Processe beigemessen, welche zur Ganglienbildung führen. Indessen ist B. der Anschauung, dass die Gefäßveränderungen, welche jene Autoren fanden, erst sekundär durch den Druck entstanden sind, welchen das Ganglion auf seine Nachbarschaft ausübt. An den eignen Präparaten konnte er jedenfalls keine wesentlichen krankhaften Processe an den Gefäßen finden, trotzdem das Ganglion weit im Muskel, resp. in der Sehne entfernt ward.

Wenn Ledderhose der Ansicht ist, dass der Degenerationsprocess, der zur Ganglienbildung führt, im Fettgewebe beginnt, kann sich B. dieser Meinung nicht anschließen. Dagegen konnte er sehen, dass das Fettgewebe ähnlich wie die Muskulatur dem Entartungsprocesse anheimfällt. Auch durch Degeneration des Periostes können seiner Annahme gemäß Gangliengebilde entstehen.

Wir dürfen uns also auch nach B.'s Ansichten auf den Standpunkt stellen, dass die meisten Ganglien paraartikulär sind, dass die arthrogenen überaus große Seltenheiten darstellen, und dass als tendogene resp. periostale Ganglien solche zu betrachten sind, welche jeweils durch Metamorphose der Sehnen oder der Knochenhaut entstanden sind.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

16) **C. Mariani.** Incisione circolare unica come cura radicale delle varici e delle piagho varicose agli arti inferiori.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1900. No. 141.)

Die Methode Moreschi, die cirkuläre Durchtrennung der Unterschenkelhaut bis zur Fascie und die Unterbindung der Venen oberhalb der Knöchel, ist das einzige Verfahren in der Behandlung der Varicen und varikösen Geschwüre, welches Dauerresultate erzielt, und den Methoden von Trendelenburg, Madelung, Schwarz und Durante desshalb vorzuziehen. Indess hat M. trotz erfolgreicher Operation nach diesem Verfahren Monate andauernde Ödeme, verzögerte Wundheilung, Schmerzen in der Narbe und Druckschmerzen beim Gehen beobachtet. Zudem ist die Methode bei Geschwüren der Knöchelgegend unausführbar, und schließlich kam in einem Falle eine ausgedehnte Hautnekrose am Fuße vor. Verf. beschränkt sich desshalb auf einen cirkulären Schnitt oberhalb der Geschwüre, dessen größter Durchmesser möglichst in die Wadengegend verlegt wird. Dort, wo die meisten venösen Gefäße liegen, verzichtet man auf Prima intentio und sucht im Gegentheil durch Granulationsheilung den Verschluss der Gefäße noch zu verstärken. Dabei hat die Praxis gelehrt, dass der cirkuläre Schnitt, sofern nur alle Gefäße durchtrennt sind, den Schnitt oberhalb der Knöchel unnöthig macht. Nur in einem der 3 von M. operirten Fälle trat ein wenige Tage andauerndes Ödem auf. Die Operation kann unter Cocainanästhesie ausgeführt werden.

Dreyer (Köln).

---

17) **J. Finck.** Zur Klumpfußbehandlung.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 285. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1900.)

F. behandelt die Klumpfüße Neugeborener gleich nach der Geburt mit energischen Redressionen, nach denen er jedes Mal das gewonnene Resultat mittels eines dem von Hoffa angegebenen ähnlichen Flanellbindenverbandes fixirt; der tägliche Verbandwechsel wird mit Massage kombinirt. Später wird ein elastischer Verband (s. unten) und schließlich ein Dauerverband angelegt. Wo Redressement und Tenotomie überflüssig, wie bei leichterer Klumpfußform,

benutzt F. nur seinen elastischen Verband. War Redression und Tenotomie nothwendig gewesen, so entfernt F. den danach angelegten primären Gipsverband nach Aufhören der Reaktionserscheinungen, d. h. nach 6—14 Tagen und legt den elastischen Redressionsverband, der bis zu 20 Tagen liegen bleibt, und darauf, wenn erforderlich, einen Celluloiddauerverband an. Nach ca. 2 Monaten wird dieser abgenommen und $1^1/_2$ Jahr lang ein elastischer Redressionsapparat — Beckengurt, Oberschenkel- und halb Unterschenkelhülse nebst elastischem Verbande — ev. nur Nachts tragen gelassen; Tags über kommen Gymnastik und Massage in Anwendung. — Mit dieser Behandlung hat F. ausgezeichnete Erfolge erzielt, die vornehmlich dem Sicherung des durch das Redressement gewonnenen Resultates erstrebenden elastischen Verbande zuzuschreiben sind. Dieser letztere besteht aus folgenden Bestandtheilen: 1) einer Sohle (Aluminium oder Stahlblech) mit hohem, aufwärts stehendem Rande an der Innenseite, dessen vordere Partie leicht über das Dorsum pedis hinübergekrümmt ist; sie trägt 3 nach unten offene Häkchen, 2 äußere, in der Nähe des Metatarsusköpfchens V und vor dem äußeren Knöchel, und ein inneres vor dem inneren Malleolus; 2) einem Hilfsverbande, der entweder nur Oberschenkel und Knie oder das Bein bis zum halben Unterschenkel umfasst und aus einem durch Klebestoff (s. Recept im Original) fixirten Stücke Barchent oder aus Gips hergestellt wird; 3) einem an der äußeren Beinseite über dem Knie an diesem Hilfsverbande befestigten kräftigen Haken und 4) aus 3 diesen letzteren mit den 3 Sohlenhäkchen verbindenden, dem Richtungsverlaufe des M. peron. brevis und longus und Tibialis anticus entsprechenden Gummizügen. Dieser elastische Verband, der in kurzer Zeit eine Überkorrektur herbeiführt, wird später, wenn nöthig, durch einen Dauerverband aus Celluloid oder Gips, in den die Aluminiumsohle (ohne Züge) mit hineinbezogen wird, ersetzt; schließlich wird Pat. noch mit dem elastischen Redressionsapparate versehen.

Kramer (Glogau).

Kleinere Mittheilungen.

18) 68. Annual meeting of the British medical association. Ipswich 31. Juli bis 3. August.

(Brit. med. journ. 1900. Oktober 6. u. 20.)

A discussion on subdiaphragmatic abscess.

Rickman John Godlee giebt eine Übersicht der Ursachen des subphrenischen Abscesses so wie über die dabei in Betracht kommenden anatomischen Verhältnisse, welche eine Eintheilung der Abscesse in intra- und extraperitoneale bedingen. Erstere sind weitaus am häufigsten. Die Symptome sind meist dunkel, und Verwechslungen mit einem pleuritischen Exsudate sind sehr gewöhnlich. Die Differentialdiagnose hat zu berücksichtigen: 1) Die Bewegungen des Thorax auf der kranken Seite sind nicht behindert. 2) Die obere Grenze der Dämpfung ist nicht so scharf ausgesprochen wie bei Pleuritis. 3) Athemgeräusch ist unterhalb der Dämpfungsgrenze hörbar, und bei tiefer Inspiration verschiebt sich die Grenze,

an welcher Athemgeräusch und Stimmfremitus wahrgenommen werden können, um ein Beträchtliches. 4) Bei mageren Personen kann man bei Vorhandensein eines subphrenischen Abscesses den unteren Lungenrand auf- und absteigen sehen. Letzterem Symptome will G. eben so wie Bruce besonderen Werth beimessen. 5) An Stelle der Dämpfung kann bei Anwesenheit von Gas tympanitischer Perkussionsschall treten. Bei diesem sog. subdiaphragmatischen Pneumothorax sind die Bewegungen des Brustkorbes ebenfalls intakt.

W. Bruce Clarke, L. A. Bidwell, Mrs. Stanley Boyd, Irving Cameron, Ch. F. Cuthbert, K. S. Lennander, N. Smith geben theilweise recht interessante Beiträge zur Kasuistik, aus welchen hervorgeht, mit welchen Schwierigkeiten unter Umständen die Diagnose zu kämpfen hat.

E. B. Fuller legt Werth auf die bakteriologische Untersuchung als Hilfsmittel der Diagnose. Bei Zusammenhang des Abscesses mit einem Magen- oder Duodenalgeschwüre konnte er verschiedentlich das Bacterium coli commune nachweisen.

C. Chicken erwähnt einen Fall, in welchem eine sehr hochgradige Verdickung des Perikards die Anwesenheit eines subphrenischen Abscesses vortäuschte.

Leonard A. Bidwell: Pyloroplasty for cicatricial contraction of the pylorus and for gastric ulcer.

B. theilt 4 Fälle von Pylorusstenose mit, in welchen die Pyloroplastik ausgeführt wurde. Bei 3 handelte es sich um eine Narbenstriktur. Einer von diesen war 2 Jahre vorher mittels Gastroenterostomie behandelt worden, da sich eine anscheinend bösartige Geschwulst am Pylorus vorfand, deren radikale Entfernung nicht möglich erschien. Bei der erneuten Operation, welche wegen abermaliger Stenosenerscheinungen erforderlich wurde, fand sich, dass der Pylorus von einer harten Narbenmasse gebildet wurde. Im 4. Falle fand sich ein Geschwür in der Mitte der hinteren Magenwand. Der Pylorus war fest kontrahirt und für die Spitze des Zeigefingers undurchgängig. Irgend welches Narbengewebe fand sich daselbst nicht. Chemische Untersuchung des Magensaftes hatte Fehlen freier Salzsäure ergeben.

B. befürwortet warm die Pyloroplastik bei gutartigen Strikturen des Pylorus. Seiner Ansicht nach ist sie bei solchen Fällen der Gastroenterostomie sowohl wie der Loreta'schen Operation bei Weitem überlegen. Bei Beschränkung der Operation auf gutartige Pylorusstenose glaubt er, dass die von Mikulicz angegebene Sterblichkeitsziffer von 11% sich wird verringern lassen.

Diskussion: John Berg hält die Pyloroplastik fur eine zwar nicht sonderlich gefährliche, jedoch für eine in ihrem Erfolge unsichere Operation. In nicht weniger als 3 oder 4 Fällen von 7 oder 8 musste er späterhin noch eine Gastroenterostomie ausführen. Die Gründe für diese Unzulänglichkeit der Pyloroplastik sieht B. einerseits in der Vermehrung des Narbengewebes, welche die Folge der Operation ist, und dann darin, dass bei einer irgendwie beträchtlichen Magendilatation das Mageninnere durch die Erweiterung des Pförtners nicht genügend drainirt wird, namentlich wo schon eine Insufficienz der Muskulatur sich herausgebildet hat. B. hat aus den angeführten Gründen die Pyloroplastik gänzlich verlassen.

Kilner räth zu möglichst frühzeitiger Operation bei Pylorusstenose. Er hat einen Kranken, bei welchem die Pyloroplastik ausgeführt worden war, 8 Tage nach der Operation an Erschöpfung verloren. Bei der Sektion erwies sich der Pförtner für 3 Finger durchgängig. Die Operationswunde war verheilt.

Morse erwähnt einen Fall von Duodenalgeschwür, in welchem er dieses in den Bereich des Schnittes für die Pyloroplastik hineingezogen hat.

Bidwell betont, dass gerade bei der Gastroenterostomie eine nachträgliche Verengerung der angelegten Magen-Darmfistel häufig zu Stande komme. Der Forderung, möglichst frühzeitig zu operiren, stimmt er zu.

Frederick Charles Wallis: The cancer and treatment of non malignant stricture of the rectum.

Im Gegensatze zu der häufig vertretenen Ansicht, dass die meisten Strikturen des Mastdarmes auf syphilitischer Basis beruhen, glaubt W., dass in der großen Mehrzahl der Fälle eher eine septische Verschwärung des Mastdarmes als Ursache anzunehmen ist, wie solche von außen erfolgen, indem septisches Material in den Mastdarm eingeführt wird. Eine große Rolle spielt die postoperative Sepsis, die namentlich in früheren Zeiten nach Eingriffen am Mastdarme häufig zur Beobachtung gelangte. Des weiteren sind schwere Geburten vielfach als Ursache der Striktur anzusehen. Durch den Druck des im Becken eingekeilten Kopfes wird ein Theil der Mastdarmschleimhaut nekrotisch, und durch den Darminhalt kommt dann die Infektion zu Stande. W. theilt 2 Fälle mit, in welchen vorher eine Hämorrhoidenoperation ausgeführt worden war. Ein 3. Fall betraf einen polnischen Juden. Die Vorgeschichte ergab keinen bestimmten Anhaltspunkt für das Leiden. Zeichen von Tuberkulose oder Syphilis waren nicht nachweisbar; doch befand sich der Mann in einem Zustande außerordentlicher körperlicher Verwahrlosung, so dass W. geneigt ist, in der hochgradigen Unreinlichkeit die Quelle der Infektion zu suchen. Diese Kranken entzogen sich der weiteren Behandlung. Der 4. Fall betraf ein 18jähriges Mädchen, welches seit seinem 5. Lebensjahre an Ausfluss aus dem After litt. Sie kam zuerst im Alter von $16^1/_2$ Jahren wegen einer hochgradigen Mastdarmstriktur in Behandlung. Da verschiedene Behandlungsweisen resultatlos blieben, wurde die $5^1/_2$ cm lange strikturirte Mastdarmpartie exstirpirt und der gesunde Wundrand mit der äußeren Haut vernäht. Pat. wurde völlig geheilt. In einem weiteren Falle von schwerer Mastdarmstriktur, welche im Anschlusse an eine protrahirte Geburt entstanden war, wurde nach Anlegung eines Kunstafters eine analoge Operation ausgeführt, später der Kunstafter wieder ge schlossen. Die Kranke wurde von ihren Beschwerden völlig befreit. Dieses kombinirte Verfahren wird warm empfohlen.

Für den septischen Charakter der Erkrankung macht W. noch geltend, dass sie häufig — wie auch in den 2 letzten Fällen — mit Gelenkentzündungen kombinirt ist.

Diskussion: Treves glaubt, dass die Mastdarmstrikturen öfters auf einem kongenitalen Defekt beruhten. Er hält das Verfahren von Wallis für einen Fortschritt, wenn er auch der Ansicht ist, dass die Excision der Striktur nicht in allen Fällen ausführbar ist.

Stanley Boyd führt die Strikturen des Mastdarmes in einer Anzahl von Fällen auf eine Proctitis zurück, welche durch Infektion von der Scheide aus zu Stande kommt.

Godlee räth, die Operation nicht in Steinschnittlage, sondern in Gesichtslage des Kranken auszuführen. Die Blutung sei leichter zu beherrschen, der Chok geringer.

H. Betham Robinson: A case of obstructive jaundice due to gummatous infiltration involving the head of the pancreas, duodenum and gastro-hepatic omentum, in which cholecystocolostomy was performed with complete cure.

Das Wichtigste ist in der Überschrift enthalten. Ein 33jähriger Mann erkrankte mit Schmerzanfällen in der Lebergegend so wie Ikterus. Die Schmerzen wurden im Verlaufe von 4 Monaten immer erheblicher, der Ikterus immer schwerer, so dass ein chirurgischer Eingriff erforderlich erschien. Bei der Operation fand sich eine Geschwulst, die die angegebenen Theile in sich umfasste. Um dem Kranken die Unzuträglichkeiten einer Gallenfistel zu ersparen, wollte R. eine Cholecystenterostomie anlegen. Der Versuch, die Gallenblase mit dem Duodenum zu vernähen, scheiterte aber an der Ausdehnung der Geschwulst. Es blieb nichts Anderes übrig als die Anlage einer Fistel zwischen dem Fundus der Gallenblase und der Flexura hepatica des Colon. Nach der Operation schwanden die bedrohlichen Symptome. Versuchsweise wurde Jodkali gegeben, da die Anamnese eine

alte Lues ergab. Das Allgemeinbefinden besserte sich daraufhin bedeutend. Nach einem Jahre war nichts mehr von der Geschwulst zu fühlen.

A discussion on the methods at present available for the treatment of simple (subcutaneous) fractures.

Bennet hat unter den englischen Chirurgen eine Rundfrage Betreffs Frakturenbehandlung gehalten, über deren theilweise sehr interessante Ergebnisse er Bericht erstattet. Auf Grund derselben und seiner eigenen reichen Erfahrung gelangt B. zu folgenden Schlüssen:

1) Die gegenwärtige Frakturenbehandlung bewegt sich mehr innerhalb traditioneller als rationeller Bahnen.

2) Die langdauernde Anwendung von fixirenden Verbänden, namentlich der nicht abnehmbaren Gipsverbände, hat Nachtheile im Gefolge.

3) Die operative Behandlung ist nur in beschränktem Maße gerechtfertigt. Sie beschränkt sich a. auf Fälle, die in keiner anderen Weise zu behandeln sind, b. specielle Ausnahmefälle, wie z. B. gewisse Spiral- und Schrägfrakturen, namentlich der Tibia, c. auf gewisse Frakturen in der Nähe von Gelenken bei Erwachsenen, besonders am unteren Humerusende.

4) Die operative Behandlung der frischen Kniescheibenbrüche ist keineswegs so befriedigend und so gefahrlos, wie das nach den vorliegenden Berichten den Anschein hat. In Fällen, bei welchen die Diastase der Fragmente $1/2$—$3/4$ nicht überschreitet, lassen sich auch ohne Operation gute Resultate erzielen, wenn auch die Heilungsdauer eine längere ist.

5) Die sofortige Anwendung der Massage und passiver Bewegungen, wenn die Umstände es gestatten, ist am ehesten geeignet, eine schnelle Heilung herbeizuführen, sei es, dass die Behandlung auf die angegebenen Maßnahmen beschränkt bleibt oder in sonstiger Weise modificirt wird.

6) In der letzten Zeit macht sich das Bestreben bemerkbar, den Grad der Schädigung und der Verminderung der Erwerbsfähigkeit zu übertreiben.

7) Ein mäßiger Grad der Verschiebung der Fragmente, vorausgesetzt, dass dieselbe nicht im Sinne der Rotation erfolgt, bringt keinen weiteren Nachtheil, wenn durch frühzeitige Bewegungen dafür gesorgt wird, dass eine Versteifung der umliegenden Partien (Muskeln, Gelenke) nicht eintritt.

8) Die Frakturenbehandlung ist so sehr von äußeren Verhältnissen abhängig, dass kein allgemein gültiges Schema aufgestellt werden kann.

Diskussion: Charles Bell Keetley glaubt, dass die Ausführungen Bennet's geeignet seien, zur Hintansetzung der genauen Adaption der Fragmente zu verleiten. Gerade bei exakter Reposition sei die Heilungsdauer so abgekürzt, dass mit der Vornahme sowohl aktiver wie passiver Bewegungen recht bald begonnen werden könne. Leider hätten die Verletzten wegen der in Aussicht stehenden Entschädigung vielfach nicht den Wunsch, möglichst frühzeitig geheilt zu werden. Bei sehr starker Dislokation der Fragmente bei Brüchen der Diaphysen räth K., die Bruchenden zu vernageln. Die Naht mittels Drahtes zieht er bei Brüchen, welche die Gelenke betreffen, in Anwendung.

Robert Jones hält die frühzeitige Anwendung von Massage für überflüssig und auch für gefährlich, da sehr leicht eine erneute Fraktur zu Stande kommt. Er hat eine große Anzahl von Messungen bei Oberschenkelbrüchen ausgeführt und gefunden, dass bei fast allen Fällen, die bei der Entlassung aus dem Krankenhause völlig geheilt erschienen, nach einiger Zeit eine beträchtliche Verkürzung zu Stande gekommen war. Das veranlasst ihn, die ambulatorische Frakturbehandlung sehr skeptisch zu betrachten. Operative Behandlung hält er nur in den allerseltensten Fällen für indicirt.

Frederic Eve stimmt mit Bennet bezüglich der operativen Behandlung bei Knochenbrüchen überein. Die Behandlung der Kniescheibenbrüche mittels Operation hält er für ideal, vorausgesetzt, dass die äußeren Verhältnisse für die Operation günstig liegen und der Operateur seiner Asepsis sicher ist. Passive Bewegungen sind dabei frühzeitig vorzunehmen, damit sich keine Verwachsungen

des oberen Kniescheibenfragmentes mit der Vorderfläche des Femur bilden können. Wie Bennet zieht E. die Anwendung des Drahtes derjenigen der Schrauben vor, da letztere leicht ausbrechen.

Jonathan Hutchinson hat die Olecranon- und Patellarfrakturen in einer beträchtlichen Anzahl von Fällen operativ behandelt. Die Ansicht, dass die Steifheit des Gelenkes auf Verwachsung der Kniescheibe mit dem Oberschenkel beruhe, hält er nicht für erwiesen. Desshalb hält er frühzeitige passive Bewegungen oder laterale Verschiebungen der Kniescheibe nach dem Vorschlage Bennet's nicht für angebracht. Er empfiehlt volle Ruhe für wenige Wochen, bis die Konsolidation genügend fest ist, um mit aktiven Bewegungen beginnen zu können. Durch Massage und Elektricität könne die Atrophie des Quadriceps doch nicht verhindert werden. Auch bei den Frakturen des unteren Humerusendes im Kindesalter hält H. von frühzeitiger Anwendung der Massage und passiven Bewegungen nicht viel, eben so wie bei den Frakturen des Humerushalses im späteren Lebensalter.

F. F. Burghard hält die Naht der gebrochenen Kniescheibe in allen Fällen für indicirt, in denen der Zustand des Verletzten die Operation gestattet. Bei der Nachbehandlung lässt er sämmtliche fixirenden Verbände bei Seite. Die Leute sollen dabei früher auf die Beine kommen; nach 3 Wochen könnten sie wieder anfangen zu gehen. Bei Frakturen der langen Röhrenknochen hält B. die Operation für indicirt, wenn die Reposition oder die Retention der Fragmente sich als unmöglich erweist; das sei jedoch nur selten der Fall. Er schiebt auch ein gutes Theil der nach Frakturen zurückbleibenden Störungen auf Verklebungen der Weichtheile mit dem Callus. Durch Trennung der Verwachsungen hat er öfters diese Störungen beseitigt. Auch er näht die Frakturenden lieber, als dass er sie verschraubt. Die Schraube verliert bald ihre fixirende Kraft.

Bennet betont, dass er nicht seine eigenen Anschauungen, sondern einen Überblick über den jetzigen Stand der Frakturenbehandlung habe vorführen wollen. Der Massagebehandlung stehe er absolut nicht enthusiastisch gegenüber, aber er glaube, dass die Methode doch einen guten Kern enthalte, so dass sie verdiene, mehr in Anwendung zu kommen, als das bisher der Fall sei.

S. H. Burton: On the best method of removing large stones from the bladder: with remarks of a case.

B. entfernte bei einem 35jährigen Manne einen Stein von ca. 300 g Gewicht mittels Sectio alta. Anfänglich war der Verlauf ein guter, nach $3^1/_2$ Monaten aber trat eine eitrige Pyelitis auf, welcher der Kranke innerhalb weniger Tage erlag. Im Anschlusse an diesen Fall tritt B. für die Sectio alta ein als das schonendste und sicherste Verfahren zur Entfernung großer Steine. Was den Werth der Operation entscheidet, ist nicht die Gefahr, welche sie bietet, sondern der Zustand der Nieren. B. beleuchtet die übrigen Verfahren der Steinoperation. Die Litholapaxie hat sich Bürgerrecht erworben. Sie ist anwendbar bei Steinen bis zu 60 g Gewicht und auch bei Kindern ausführbar. Bei der perinealen Lithotripsie unterscheidet B. 3 Modifikationen: 1) Die Pars membranacea der Harnröhre wird eröffnet, ein großer Lithotriptor eingeführt, der Stein zertrümmert; die Trümmer werden mittels des Evakuator und des Aspirator entfernt. Es ist dabei möglich, einen größeren Lithotriptor einzuführen als durch das Orificium externum urethrae.

2) Nach Ausführung der Sectio mediana wird der Stein in einzelne Stücke zerbrochen, dieselben werden dann ausgespült.

3) Die Blase wird mittels Sectio lateralis eröffnet. Der Stein wird zerbrochen, die einzelnen Stücke mittels Zange extrahirt.

B. will nur für die 1. Modifikation die Bezeichnung perineale Lithotripsie gelten lassen. Für kleinere Steine hält er sie entbehrlich, für größere schreibt er der Operation nur in der Hand des Specialisten Werth zu. Im Allgemeinen ist für den Chirurgen die Sectio alta empfehlenswerther als das schonendere Verfahren. Dasselbe gilt auch im Vergleiche mit den beiden anderen Methoden, welche leicht die Blase schädigen. Zudem glaubt B. nicht, dass man in Anbetracht der außerordentlichen Härte der in England zur Beobachtung gelangenden Steine

mit den Verfahren auskommen werde. In Indien würden letztere bevorzugt. Es müsse da einen Unterschied in der Textur der Steine geben.

P. T. Freyer: On fifty three operations for stone in bladder of two ounces and upwaids.

F. hat nahezu an 1000 Steinoperationen ausgeführt, davon 127 in England, den Rest in Indien. Er hat sämmtliche übrigen Methoden der Steinbehandlung in der Blase fast völlig zu Gunsten der Litholapaxie verlassen.

Unter seinen letzten 400 Operationen waren nur 13 Lithotomien, nämlich 4 hohe, 8 perineale und 1 vaginale. 53 seiner Operationen betrafen Steine von über 60 g Gewicht. 4mal wurde dabei die Sectio alta, 13mal Sectio lateralis, 1mal Lithotomia vaginalis und 35mal die Litholapaxie ausgeführt. Einer der wesentlichsten Punkte zur Ausführung der Litholapaxie ist ein gutes Instrumentarium. F. empfiehlt die Instrumente von Weiss and Son, London, deren Abbildung beigefügt ist.

Bezüglich der Indikationsstellung bemerkt F.: 1) Anwesenheit von Strikturen der Harnröhre ist bei kleineren Steinen keine Kontraindikation gegen die Ausführung der Litholapaxie. Die Harnröhre wird gedehnt. Bei größeren Steinen ist unter solchen Umständen die Lithotomie erforderlich. 2) Ähnlich liegen die Verhältnisse bei Prostatahypertrophie. Nur eine hochgradige Verlagerung der Harnröhre macht die Sectio alta erforderlich. 3) In manchen Fällen gelingt es nicht, die Blase so zu füllen, dass der Lithotriptor den Stein angreifen kann. Die Entfernung der von der Blasenwand umschlossenen Steine kann nur durch Lithotomie erfolgen. Schließlich bespricht F. noch einige technische Einzelheiten, die bei der Litholapaxie großer Steine in Frage kommen.

Diskussion: Cadge kann den Schlüssen, welche sich aus den Erfolgen der Specialisten auf diesem Gebiete ergeben, keine allgemeine Geltung zuerkennen. Für den Chirurgen, welchem diese Fälle nur gelegentlich zu Gesichte kommen, hält er die Sectio alta für das gewiesenste Operationsverfahren, schon aus dem Grunde, weil es das einfachste ist. Er wendet sich insbesondere gegen die perineale Lithotripsie. Einerseits ist ihm das Verfahren zu gefährlich wegen der drohenden Schädigung der Blasenwand, und dann glaubt er, dass dasselbe bei großen, harten Steinen nicht ausreicht. In England sind 80% der Steine harte Uratsteine, während Milton unter 200 in Indien beobachteten Steinen nur 1 solchen vorfand. Im Allgemeinen sollen die Steine in Indien viel leichter zu zertrümmern sein wie diejenigen in England. C. glaubt auch, dass der Orientale gegenüber den in Betracht kommenden Manipulationen toleranter sei wie der Engländer.

Harrison tritt warm für die perineale Lithotripsie ein. In seinen Augen ist sie ein schnelles, sicheres und schonendes Verfahren. Er hat dasselbe in 20 Fällen mit gutem Erfolge ausgeführt. Der Hauptgrund, der ihn dabei geleitet hat, ist der, dass die Anwesenheit von Narbengewebe in der Blase verhütet wird. Er hat verschiedentlich Inkrustationen der Narbe nach Sectio alta zu beobachten Gelegenheit gehabt. Bei Kindern kommt das Ereignis selten vor, während bei Erwachsenen sich manchmal eine derbe kallöse Narbe bildet, welche den Ausgangspunkt für die Inkrustationen abgiebt. Diese Narben kommen bei Sectio lateralis viel seltener, bei Sectio mediana gar nicht vor. H. behauptet, dass bei Sectio alta die meisten Recidive zur Beobachtung gelangten. Der Grund sei eben in der fehlerhaften Narbenbildung zu suchen.

Keegan hält die perineale Lithotripsie für das schonendere und bedeutend weniger gefährliche Verfahren. Er bringt statistisches Material aus Indien, welches die großen Gefahren der Sectio alta darthun soll.

Chicken hat durch Dilatation der weiblichen Harnröhre einen Stein von 2 Zoll Länge und 1¾ Zoll Durchmesser entfernt.

Chester Nances hält die Mortalitätsziffer 61:147, welche Keegan für die Sectio alta giebt, für übertrieben. — In seinen Augen bietet die Sectio alta den sichersten Weg, vorausgesetzt, dass während der Operation die Asepsis strikt gehandhabt und die Blase mit antiseptischen Spülungen nachbehandelt werde.

Freyer behauptet, die Sterblichkeitsziffer sei bei der Sectio alta ungefähr 4mal so hoch wie bei der perinealen Lithotomie oder der Litholapaxie. Für den Werth der letzteren führt er den Erfolg seiner letzten 127 in London ausgeführten Operationen an. Derselbe entspräche seinen in Indien gemachten Erfahrungen.

Stanley Boyd: On oophorectomie in cancer of the breast.

B. giebt eine Zusammenstellung der Resultate der Kastration bei Mammacarcinom. Das Verfahren wurde im Jahre 1896 von Beatson empfohlen in der Hoffnung, eine fettige Degeneration der Geschwulst zu erzielen. Von 41 Fällen sind die genaueren Daten gegeben; außerdem kennt B. noch den Verlauf von 13 weiteren Fällen. Von diesen 54 Fällen schaltet B. 8 aus, weil die Angaben zu unklar sind. Von den übrig bleibenden 46 Fällen will er bei 17 der Operation eine günstige Wirkung zuschreiben. Bei 34 war eine solche nicht vorhanden, oder sie war zweifelhaft. 13 Fälle hat B. selbst behandelt, und er verhehlt nicht, dass er das ganze Verfahren verlassen hätte, wenn nicht sein 1. Fall, bei welchem allerdings eine günstige Wirkung vorhanden zu sein scheint — die Frau ist 43 Monate nach der Kastration, trotzdem ein Recidiv nur unvollkommen entfernt worden war, anscheinend völlig gesund — ihm immer noch Hoffnung Betreffs der Anwendbarkeit des Verfahrens machte. Bei einem weiteren Falle glaubt er, dass das Leben durch die Kastration um ca. 1 Jahr verlängert worden ist. Bei einer 3. Kranken mit einem Recidive in der Achselhöhle schwand dasselbe anscheinend völlig. Nach ein paar Monaten erschien der Krebsknoten indess wieder von Neuem. Bei sämmtlichen anderen 10 Fällen ist ein Misserfolg zu verzeichnen.

Bei denjenigen Fällen, bei welchen die Kastration von Werth gewesen zu sein scheint, nimmt B. an, dass das Leben durchschnittlich um 6 Monate verlängert worden ist. Irgend welche Schlüsse zu ziehen, ist zur Zeit noch nicht angängig. Da nicht alle Carcinome der Mamma auf die Operation reagirten, sieht sich B. zu der Annahme gedrängt, dass manche Ovarien durch eine pathologische Änderung ihrer Funktion das Wachsthum der Brustkrebse begünstigen.

Ernest Herman: Four cases of recurrent mammary carcinoma treated by oophorectomy and thyroid extract.

Zwei der Fälle sind schon früher berichtet (Lancet 1898 Juni 11. und 1899 April 22). H. giebt 2 weitere Krankengeschichten. Er hat wegen recidivirenden Mammacarcinoms die Ovarien entfernt und sodann andauernd Thyreoidextrakt verabfolgt. Beide Male trat Besserung ein. Die Recidivknoten schwanden theilweise gänzlich, theilweise gingen sie bedeutend zurück. Das Allgemeinbefinden hob sich beide Male in hervorragendem Maße.

H. betont gegenüber Boyd, dass gerade die Kombination von Kastration und Behandlung mit Thyreoidextrakt von Werth zu sein scheine. Welche Rolle die einzelnen Faktoren spielen, sei fürs erste noch nicht zu entscheiden.

John Berg: The surgical treatment of exstrophy of the bladder.

B. hat 18 Fälle von Blasenektopie in Behandlung gehabt. Er hat im Allgemeinen das Princip Trendelenburg's, den Symphysenspalt zu verkleinern, auch bei seinem Vorgehen angenommen, hat indessen die Synchondroseotomie durch eine Osteotomie der Beckenschaufel ersetzt. Im Ganzen hat B. 14 Osteotomien an 8 Kranken ausgeführt (Trendelenburg hat laut Mittheilung auf dem letzten Chirurgenkongresse ebenfalls bei seinem letzten Kranken osteotomirt. Ref.). Um die Beckenknochen in der korrigirten Lage zu erhalten, hat B. bei seinen letzten 5 Pat. einen Elfenbeinkeil zwischen den dicksten Knochenpartien eingeschaltet. Die Operationswunden sind dabei ohne irgend welche üblen Zwischenfälle geheilt. Immerhin blieb auch bei diesem Verfahren ein Spalt von 1—2 cm zurück. 2 der Operirten sind gestorben, der eine am 3., der andere am 12. Tage nach der Operation, beide an einer Pyelonephritis.

Der Erfolg hängt indessen nach B.'s Ansicht nicht allein von der Breite der Diastase, sondern auch noch von anderen Umständen ab. Zunächst ist der Zustand der Blasenschleimhaut zu berücksichtigen. Eine verdickte, papillomatöse, durch einen chronischen Katarrh stark zerstörte Schleimhaut bietet einerseits sehr

mangelhafte Heilungsbedingungen für die Naht der Blase, andererseits birgt ein solcher eine große Gefahr in Hinsicht auf eine akute ascendirende Entzündung der Harnwege.

In einzelnen Fällen will B. von der direkten Vereinigung absehen und sich auf eine Plastik beschränken. B. bildet einen Lappen aus der Leistengegend mit der Basis unten innen nahe der Wand der ektopischen Blase. Derselbe wird nach dem Oberschenkel zu umgeklappt und daselbst mittels einiger Nähte fixirt. Auf seine wunde Oberfläche wird sodann nach Thiersch transplantirt. Wenn die Transplantationen angeheilt sind, wird die Blase angefrischt und der Lappen so vernäht, dass die transplantirte Fläche mit der Schleimhaut und die Hautfläche mit der Bauchhaut in Berührung kommt. Gefahr der Inkrustation soll bei dieser Lappenbildung nicht vorhanden sein.

J. Hutchinson jun.: On the substitution of subastragalar for Smyly's amputation.

H. redet der Exarticulatio sub talo das Wort in solchen Fällen, wo der Zustand der Fußsohle erlaubt, einen zur Bedeckung genügend großen Lappen zu bilden. Als Vorzüge der Methode vor der Smyly'schen Amputation rühmt H.: 1) Der Stumpf ist ca. 2 Zoll länger. 2) Die Stützfläche ist breit. 3) Die Beweglichkeit des Talo-cruralgelenkes bleibt erhalten — für den Gang ein großer Vortheil. 4) Die Weichtheillage über dem Stumpfe ist viel dicker. 5) Die arterielle Versorgung des Lappens ist besser. 6) Eine Prothese ist leichter anzubringen. Als beste Schnittführung empfiehlt er die von Farabœuf. Der Schnitt beginnt am Köpfchen des 5. Metatarsus, läuft nach hinten bis zur lateralen Seite der Achillessehne, dann nach oben entlang der letzteren. Einen Finger breit unterhalb des Malleolus externus biegt der Schnitt nach vorn um, verläuft quer über den Fußrücken bis zum Os naviculare, geht dann in die Fußsohle über und endet, leicht konvex nach vorn verlaufend, am Metatarsus V. Die besten Resultate werden erzielt, wenn das Köpfchen des Talus erhalten bleibt. H. räth, die Nerven in der Fußsohle nach Möglichkeit zu entfernen und die dorsalen Sehnen gegen das fibröse Gewebe der Fußsohle zu heften. Er hat die Operation 6mal ausgeführt und ist mit dem Resultate immer sehr zufrieden gewesen.

Nach Spencer verdient die Operation häufiger ausgeführt zu werden.

Joseph Griffiths: Observation upon injuries to the internal lateral ligament and to the internal semilunar cartilage of knee-joint.

G. liefert eine Studie über die bei den in Rede stehenden Verletzungen in Betracht kommenden anatomischen und physiologischen Verhältnisse. Diagnostisch sind werthvoll bei Ruptur des Lig. laterale internum der Druckschmerz an der Rissstelle und die seitliche Beweglichkeit des Gelenkes. Die letztere kann allerdings häufig wegen des bestehenden starken Ergusses nicht zur Beurtheilung herangezogen werden, da bei einer erheblichen Dehnung der Gelenkkapsel immer eine seitliche Beweglichkeit vorhanden ist. Andererseits ist dieselbe auch noch nach Resorption des Ergusses nachweisbar, da das Band einer langen Zeit zu seiner völligen Regeneration bedarf. Durch die zurückbleibende Schwäche an der Rissstelle bleibt das Kniegelenk wiederholten Schädigungen ausgesetzt, welche die Heilung hintanhalten. Um das Gelenk gegen sie zu schützen, lässt G. seine Kranken einen Apparat tragen, der im Wesentlichen aus 2 über die Kante gebogenen Stahlbügeln besteht. Von einem in der Kniekehle liegenden Scharniergelenke, in welchem die Bügel sich vereinigen, verlaufen dieselben zur medialen bezw. lateralen Seite des Ober- und Unterschenkels und endigen beiderseits in einer biegsamen Pelotte, welche eine genaue Adaption an die Kontouren des Gliedes gewährleistet. Vorn wird der Apparat mittels Schnallen befestigt.

Den medialen Meniscus betreffend, hält G. zu einer Dislokation desselben Zweierlei für nothwendig: 1) Die Zerreißung des Lig. suspensorium, welches den Knorpel mit der Gelenkkapsel verbindet, und der Befestigungen an der Tibia. 2) Eine Überdehnung oder Zerreißung des Lig. laterale internum.

Der Knorpel wird lateralwärts in das Innere des Kniegelenkes verlagert und ist dann meist als umschriebene Schwellung vorn zu fühlen. Behufs Reposition räth G., den Unterschenkel nach außen zu biegen. Es wird dadurch der Raum zwischen Condylus medialis und Tibia zum Klaffen gebracht, und vermöge seiner Elasticität kann der Knorpel wieder seine normale Lage einnehmen. Um Recidive zu verhüten, lässt G. auch hier den angegebenen Apparat tragen.

F. F. Burghard. Three cases in which the superior cervical ganglion of the sympathetic was removed, with remarks upon the operation.

Die Veranlassung zu den Operationen gab einmal ein doppelseitiges Glaukom, einmal eine mit dem Cervicalganglion fest verwachsene Krebsmetastase, einmal ein Neurofibrom des Sympathicus. Im 1. Falle wurde das obere Halsganglion des Sympathicus beiderseitig entfernt. Der Erfolg war negativ. 10 Minuten nach der Operation war der intraokulare Druck normal, nach 2 Stunden war indessen abermals eine Steigerung desselben zu verzeichnen. Es trat eine lebhafte Kongestion nach dem Kopfe zu ein, so wie außerordentlich lebhafte Kopfschmerzen, welche erst nach Wochen wieder an Intensität abnahmen und dann in gleicher Stärke wie vor der Operation bestanden.

Die Folgen der Operation waren in allen 3 Fällen: Ptosis des oberen Augenlides, schwere Kopfschmerzen auf der operirten Seite und eine Kongestion nach den Gefäßen des Gesichts. Im 2. Falle will der Kranke einen geringen Exophthalmus nach der Operation bemerkt haben. Derselbe Pat. klagte vor der Operation über tiefsitzende Schmerzen im Halse, so wie Schmerzen im Bereiche des N. musculo-cutaneus. B. glaubt das darauf zurückführen zu müssen, dass das obere Cervicalganglion Verbindungsfasern zum 4. Cervicalnerven entsendet. Von letzterem geht dann wiederum eine Verbindung zum äußeren Strange des Plexus brachialis ab.

Im Falle 2 und 3 kam noch eine erhebliche andauernde Kontraktion der Pupille zu Stande.

B. hat bei der Operation die Gefäßscheide nicht eröffnet, wie Jonnesco das empfiehlt. Der Vagus kommt auf diese Art gar nicht zu Gesicht.

Diskussion: Burghard betont, dass die Frage, welche Rolle der Operation bei der Behandlung des Morbus Basedowii und der Epilepsie zukomme, noch nicht spruchreif sei.

K. G. Lennander. Plastic operation for incontinentia ani.

L. hat 3mal wegen Incontinentia ani eine plastische Operation ausgeführt.

Die Operation umfasst folgende Punkte:

1) Es wird ein Schnitt über den untersten Theil des Kreuzbeines und das Steißbein geführt. Vom untersten Theile des letzteren geht der Schnitt hufeisenförmig um die Fossa ischio-rectalis herum.

2) Der hintere Theil der Mm. levatores ani und der vordere Theil des M. coccygeus werden freigelegt.

3) Die Mm. levatores ani werden völlig vom Steißbeine und dem M. coccygeus getrennt. Dabei darf man nicht zu nahe an die Beckenwand gehen, um die Innervation des M. levator ani zu schonen. Die Nervenfasern kommen aus dem Plexus sacralis, laufen entlang der Beckenwand und über die Oberfläche des Muskels, dicht medianwärts des Muskelansatzes am Arcus tendineus.

4) Die Öffnung, welche dadurch im Diaphragma pelvis entsteht, wird ausgefüllt durch den medialen Theil der Mm. glutaei maximi. Zu dem Zwecke sind die in Betracht kommenden Muskelpartien zunächst vom Lig. sacro-tuberosum, dem Steiß- und dem Kreuzbeine zu isoliren.

5) Der Theil der Mm. levatores ani, welcher vom Steißbeine und dem M. coccygeus seinen Ursprung nimmt, wird nach vorn verlagert und so am Mastdarme fixirt, dass derselbe von beiden Seiten komprimirt wird.

6) Die lospräparirten Partien der Mm. glut. max. werden in der Mittellinie vernäht nach vorn mit dem Levator ani und der Haut um den After, nach hinten an das Periost an den seitlichen Partien des Steißbeines.



Beim 1. Falle wurde eine völlige Kontinenz erzielt, beim 2. eine nahezu vollständige und beim 3. eine relative. Dünnen Stuhl konnte der Kranke nicht halten. Allerdings lagen hier die Verhältnisse in so fern ungünstig, als der Mastdarm vom After aus einen starken Bogen nach hinten beschrieb. In solchen Fällen hält L. es für das Beste, den Mastdarm so weit nach vorn zu bringen, als es irgend möglich ist, um möglichst viel Platz für die Transplantation der Glutäalmuskulatur zu gewinnen, und event. das Steißbein zu reseciren, um den Raum zu erweitern.

W. Bruce Clarke. Prostatectomy in two stages.

C. führt Behufs Entfernung der Prostata zunächst den hohen Blasenschnitt aus und vergewissert sich dabei über den Zustand der Drüse durch Abtastung und Beleuchtung des Blaseninnern. Sodann sorgt er für eine freie Drainage der Blase und wartet ab, bis der Kranke sich erholt hat. Wenn das Allgemeinbefinden sich gehoben hat, wird ein Katheter in die Harnröhre eingeführt und die Prostata von einem lateralen Steinschnitte aus freigelegt. Durch den in die hohe Steinschnittöffnung eingeführten Finger wird die Prostata in die untere Wunde hineingedrängt und dann im Ganzen oder stückweise exstirpirt. Die Eröffnung der Harnröhre ist nicht unbedingt erforderlich, erleichtert indessen die Ausführung der Operation sehr und verhindert die Zerreißung derselben beim Herausschälen des Prostatagewebes. Das Verfahren hat C. 5mal durchgeführt, alle mal mit sehr gutem Erfolge. Bei einem 6. Falle wurde von der 2. Operation wegen hochgradiger Schwäche des Kranken — es handelte sich um einen 72jährigen Mann — Abstand genommen. Einmal fand sich ein Stein in der Blase. Nach Entfernung desselben erwies sich die 2 Operation als nicht mehr erforderlich.

A. M. Phelps. The open operation for talipes (equino-varus).

P. hat im Ganzen 1650 Fälle von Klumpfuß operativ behandelt. Unter den ersten 538 Fällen sind 17 Osteotomien verzeichnet, unter den letzten 1200 Fällen dagegen keine. Indessen war 4mal die Amputation nach Pirogoff erforderlich. Nicht einmal tödlicher Ausgang. P. betont, dass, wenn die mit der Deformität behafteten Kinder sofort nach der Geburt in Behandlung kämen, kaum in 10% der Fälle eine operative Behandlung erforderlich sei. Er operirt, wenn 4 Monate nach der Geburt verstrichen sind und dann der Fuß nicht innerhalb kurzer Zeit redressirt werden kann. Die Behandlung folgt dann folgendem Schema: 1) Redressirende Manipulationen, 2) Tenotomie der Achillessehne, 3) offene Incision, 4) lineare Osteotomie durch den Hals des Talus, 5) Keilresektion aus dem Körper des Calcaneus, 6) Amputation nach Pirogoff. Daraus ergiebt sich, dass P. eine Osteotomie niemals primär ausführt, sondern immer erst nach erfolgter Durchschneidung der Weichtheile.

Er beginnt mit der Tenotomie der Achillessehne und durchtrennt dann alle Theile, welche dem Redressement Widerstand entgegensetzen, bis es möglich ist, den Fuß in eine überkorrigirte Stellung zu bringen. Wenn die Haut der Fußsohle lang genug ist, genügt eine subkutane Durchtrennung der Gewebe.

Die offene Incision beginnt dicht vor dem Malleolus medialis und wird fortgeführt bis zur medialen Seite des Talus. Je nach Bedarf werden durchtrennt: a. Sehne des M. tibialis posticus, b. M. abductor pollicis, c. Fascia plantaris, d. M. flexor brevis, e. Flexor longus, f. Lig. deltoides, g. Peroneus longus, h. Lig. posticum.

Ist auf diese Weise noch keine völlige Korrektion der Stellung zu erzielen, dann sind die erwähnten Osteotomien angezeigt.

Diskussion: Jackson Clarke ist mit den Erfolgen der Phelps'schen und ähnlicher Operationen nicht zufrieden. Er hält es für das Beste, das Wachsthum des Fußes nach Möglichkeit in richtige Bahnen zu lenken, und möglichst wenig zu operiren.

A. H. Furby verwirft die Phelps'sche Operation. Er ist der Ansicht, dass, wenn die Maxime Anklang finden würde, dann zu operiren, wenn im Alter von 4 Monaten keine rasche Korrektion der Stellung zu erreichen sei, viel Unheil durch kritikloses Operiren würde angerichtet werden.

Noble Smith stimmt mit dem Grundsatze, die Weichtheile offen zu incidiren bei denjenigen Fällen, welche der Behandlung durch manuelles Redressement, orthopädische Apparate und Tenotomie Widerstand leisteten, vollkommen überein. Nur sieht er diese Fälle für außerordentlich selten an. Ihm ist kein Fall vorgekommen, bei welchem die Phelps'sche Operation erforderlich gewesen wäre. Er hat indessen häufiger die Resultate der Operation gesehen. Dieselben haben ihn durchaus nicht befriedigt: Abgesehen davon, dass ihm verschiedentlich Recidive zu Gesicht gekommen sind, war der Gang kein guter, da die Elasticität des Fußes gelitten hatte.

Chisholm Williams hat ebenfalls keine Fälle gesehen, bei welchen die Operation nach Phelps erforderlich gewesen wäre. Er hält dieselbe nur bei außerordentlich schweren Fällen für angezeigt, und dabei ist das Resultat ein wenig zufriedenstellendes. Die entstehende Narbe ist immer eine Quelle der Gefahr und führt häufiger zu Recidiven.

Phelps hat nicht beobachtet, dass die Elasticität des Fußes durch die Operation in Mitleidenschaft gezogen wird. Die Befürchtung, dass die Sehnen sich nicht wieder vereinigten, ist seiner Ansicht nach unbegründet, vorausgesetzt, dass keine Infektion zu Stande kommt. Die Ansicht, dass die Narbe sich retrahiren werde, hält er nicht für richtig, dieselbe werde sich eher unter dem Drucke des Körpergewichtes dehnen. Die Misserfolge will er auf Rechnung einer nicht ausreichenden Nachbehandlung setzen. Im Übrigen ist auch für ihn die Operation nur in 10% der Fälle angezeigt, die übrigen 90% heilen unter der gewöhnlichen mechanischen Behandlung. **Weiss** (Düsseldorf).

---

19) **C. Chardin.** Über die Verwendung der Cellulose an chirurgischen Instrumenten.

(Ärztliche Polytechnik 1900. August.)

An elektrolytischen Nadeln, Urethrotomen, Tracheotomiekanülen u. A. hat C. durch Ersatz von Hartgummi durch Cellulose, ferner durch einen direkten Überzug des Hartgummis oder des Metalles selbst durch Cellulose haltbarere, daher vortheilhaftere und wohlfeilere Instrumente herstellen können, welche die Beachtung der Ärzte verdienen. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

20) **Fiorani.** Contributo al metodo di cura delle piaghe estese con esinesti cutanei di pollo.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1900. No. 144.)

Nach dem erfolgreichen Vorgehen Donato de Francesco's mit der Überpflanzung von Hühnerhaut übertrug F. das Verfahren auf eine Frau, die am Fußrücken durch ein gangränöses Erysipel einen großen Substanzverlust erlitten hatte. Nachdem ein Theil mit kleinen Läppchen aus Kinderhaut gedeckt war, war ein weiteres Material menschlicher Haut zum Ersatze nicht aufzutreiben. Von den seitlichen Thoraxpartien eines jungen Hahnes wurden unter antiseptischen Maßnahmen 14 die Cutis mitfassende Lappen von der Größe eines Quadratcentimeters entnommen. Dieselben heilten mit Ausnahme von 3 Lappen sämmtlich ein. Die neue Haut wurde glatt, nicht sehr dick und gewann alle Charaktere menschlicher Haut. **Dreyer** (Köln).

21) **Gérard-Marchant.** Sur un cas d'anevrisme de l'artère sous-clavière droite et du tronc innominé, guérie par la méthode de Brasdor. Le Dentu, Rapporteur.

(Bull. de l'acad. de méd. 1900. No. 30.)

Ein bereits mit Gelatineinjektionen erfolglos behandeltes Aneurysma der Art. anonyma heilte G.-M. durch einseitige Unterbindung der Art. axill. und Carot. dextr. communis. Die vom Berichterstattter Le Dentu angeschlossene historische Besprechung der einschlägigen Fälle und Methoden verleiht der Mittheilung allgemeineres Interesse. **Christel** (Metz).

22) **W. E. Schroeder.** The value of pedicled flaps in injuries of the hand.

(Amer. journ. of the med. sciences 1900. Oktober.)

S. beschreibt unter Beifügung von guten Photogrammen 4 Fälle von schweren Substanzverlusten an der Beugefläche der Hand und Finger, bei welchen er mit gestielten Hautlappen sehr gute Resultate erzielte. Er entnahm diese Hautlappen regelmäßig der seitlichen Gesäßgegend. Besonders bemerkenswerth ist der erste Fall, bei welchem es sich um eine hochgradige Narbenkontraktur sämmtlicher Finger in Folge Verbrennung der Palma manus handelte. Nach Excision des Narbengewebes ließen sich die Kontrakturen nahezu vollständig ausgleichen. Der vom Handgelenke bis zu den Endphalangen reichende Defekt wurde in der Weise gedeckt, dass die Handfläche unter einem nach beiden Seiten hin gestielten Brückenlappen durchgesteckt wurde, während durch den anstoßenden zweiten Lappen die Finger bedeckt und zu einzelnen Knopflöchern wieder herausgeführt wurden. Ein gefensterter Gipsverband fixirte die Hand in ihrer Stellung. Die Trennung der einzelnen Hautbrücken erfolgte nach einander vom 8.—30. Tage. Das Resultat war ein recht befriedigendes. **R. v. Hippel** (Dresden).

23) **Péreire et Mally.** De la résection du nerf médian à l'avant-bras.

(Revue de chir. 1900. November.)

Veranlassung zu der Operation gab bei der 23jährigen Pat. ein seit deren 7. Lebensjahre langsam gewachsenes und heftige Schmerzanfälle hervorrufendes diffuses Lipom des N. medianus, dessen Erhaltung unmöglich war. Obwohl die Naht des Nerven wegen der Größe des an ihm entstandenen Ausfalles von 8 cm und eben so eine plastische Operation an ihm unterblieb, ist das funktionelle Resultat der Resektion ein sehr günstiges geworden. **Kramer** (Glogau).

24) **Körte.** Ein Fall von Aneurysma der Arteria iliaca externa mit Berstung und konsekutiver Unterbindung der Arteria iliaca communis und Aorta.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 45.)

Bei einem 28jährigen Manne bildete sich ein Aneurysma der Iliaca externa. Nach Unterbindung der Iliaca communis hört die Pulsation im Aneurysma auf. Die Ernährung des Beines blieb ungestört. Da sich aber die Geschwulst nicht verkleinerte, die Beschwerden blieben, so wurde nach 37 Tagen die Eröffnung des Sackes vorgenommen. Zum Schlusse heftige Blutung, die die Unterbindung der Aorta nöthig machte. Tod eine Stunde nach der Operation.

Wegen der Einzelheiten des Falles und der Epikrise muss auf die sehr interessante Mittheilung selbst verwiesen werden. **Borchard** (Posen).

25) **G. Nové Josserand.** Rélation de l'autopsie d'une luxation de la hanche opérée suivant la méthode de Lorenz.

(Revue mensuelle des maladies de l'enfance 1900. November.)

Bei der $3^1/_2$jährigen Pat. wurde die Einrichtung des verrenkten Schenkelkopfes ohne vorherige Extension nur durch Mobilisirung des Kopfes mittels Abduktionsbewegungen und forcirte Abduktion erreicht. Die Diagnose ist durch Skiagramm, Palpationsbefund und Gang gesichert, die Verkürzung betrug nur $^1/_2$ cm. Völlige funktionelle Heilung. Tod $^5/_4$ Jahr nach der Operation.

Bei der Sektion zeigte sich Folgendes:

Die Adduktoren und kleinen Rollmuskeln der kranken Seite waren etwas weniger entwickelt als auf der gesunden. Der Adductor medius (brevis?) zeigte eine leichte Narbe, der Adductor magnus war in seinem oberen Theile in ein sehniges Band verwandelt. Das operirte Gelenk unterschied sich von außen nur durch stärkeres Hervorspringen des Schenkelkopfes nach vorn. Abduktionsbewegung war ausgiebiger, Rotation nach innen geringer als auf der gesunden Seite auszuführen.

Die Verstärkungsbänder der Kapsel sind schwächer, besonders an der Innenseite. Der Kopf ist deutlich größer (1—2 mm) und etwas unregelmäßiger geformt, die Fovea capitis nur angedeutet, das Ligamentum rotundum fehlt. Die Pfanne ist 4 mm flacher, wovon 3 mm auf den knöchernen Theil kommen. Der Limbus cartilagineus ist nur hinten und oben entwickelt, wenn auch nur 1 mm geringer als auf der gesunden Seite. Sonst bestehen keine Unterschiede.

F. Göppert (Kattowitz).

26) **C. H. Fagge.** On some cases of tuberculous bursitis.

(Guy's hospital reports Vol. LIV. London, **J. & A. Churchill,** 1900.)

5 Fälle von tuberkulöser Bursitis der Bursa trochanterica und 2 der unter dem Sartorius am Kniegelenke gelegenen Bursa werden in Krankengeschichten wiedergegeben. Im Übrigen nimmt den größten Theil der Arbeit eine Besprechung der Differentialdiagnose der Erkrankung des erstgenannten Schleimbeutels gegenüber der tuberkulösen Coxitis ein. **R. v. Hippel** (Dresden).

27) **O. Loos.** Ein geschwulstartiger Varix im Gebiete der Vena saphena.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVIII,3. p. 654.)

Verf. beschreibt einen Fall von geschwulstartigem, etwa faustgroßem Varix im Gebiete der Vena saphena (Kniekehle), der bei einer 53jährigen Frau exstirpirt worden war, und weist unter Bezugnahme auf analoge Fälle der Litteratur auf die diagnostischen Schwierigkeiten hin, welche derartige enorme Varixbildungen bieten können. **Honsell** (Tübingen).

28) **F. Tilmann.** Zur Frage der Blutergelenke.

(Deutsche Ärztezeitung 1900. No. 19.)

Aus der chirurgischen Klinik in Greifswald berichtet Verf. über einen der so seltenen Autopsiebefunde eines Blutergelenkes. Das klinische Bild sprach für Gelenkslipom. Der Eingriff, welchem der Kranke nach 3 Wochen an den unstillbaren Blutungen erlag, förderte 36 weiche Gelenkkörper zu Tage. Die mikroskopische Untersuchung erwies letztere als das Ergebnis einer serofibrinösen Entzündung der Synovialis und nicht, wie es näher lag anzunehmen, als organisirte Blutgerinnsel.

Ein Bluterknie könne also nicht nur mit Tuberkulose, sondern auch mit Gelenkslipom große Ähnlichkeit haben. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

29) **Potel.** Étude sur le genu recurvatum consécutif à la coxalgie et sur le déplacement cunéen de la rotule.

(Presse méd. 1899. No. 73.)

Ein 15jähriger junger Mann war an Coxitis erkrankt, lange Zeit mit fixirenden Verbänden behandelt, hatte dann einen Abscess bekommen und war schließlich mit einer Verkürzung von 9 cm geheilt. Niemals fühlte er seitdem die geringsten Beschwerden; nur bildete sich allmählich ein Genu recurvatum aus. Jetzt ist das Bein 13 cm kürzer als das gesunde und erheblich schwächer, der große Trochanter steht 4 cm oberhalb der Roser-Nélaton'schen Linie, die Bewegungen im Hüftgelenke sind beschränkt; erhebt man das Bein, so bildet das Knie einen nach vorn offenen Winkel von etwa 135°. Interessant ist nun, dass die Kniescheibe beim Beugen des Beines in das Gelenk selbst gleitet. Ein beigefügtes Röntgenbild zeigt diese merkwürdige Verschiebung deutlich.

Als Ursache der durchaus nicht seltenen Bildung eines Genu recurvatum bei Coxitis giebt Verf. Folgendes an: Die Stellung des Gliedes, die ungleiche Atrophie der vorderen und hinteren Muskeln; die Verkürzung des Beines zwingt ferner die Ferse zu heben, und so erhält das Knie die Neigung, sich naoh hinten auszubiegen, besonders, wenn dabei das Bein im Hüftgelenke in gerader Stellung fixirt ist. Verf. erläutert den Mechanismus des Zustandekommens durch einige

schematische Zeichnungen. Was den zweiten Punkt dieses interessanten Falles betrifft, so hat Verf. nur eine ähnliche Beobachtung in der Litteratur finden können, von Lannelongue. Die Entstehung dieser Deformität, die keilförmige Einschiebung der Kniescheibe in das Kniegelenk bei gebeugtem Knie, führt Verf. auf die Verkürzung des Lig. patellae und auf eine gewisse Atonie des Quadriceps zurück. **Tschmarke** (Magdeburg).

30) **N. Senn.** Restitution of the continuity of the tibia by transplantation of the patella into an extensive osteomyelitic defect.

(Philadelphia medical journ. 1900. Oktober 27.)

Im Verlaufe einer Osteomyelitis des Unterschenkels bei einem 11jährigen Knaben musste Verf. im Jahre 1893 den ganzen Schaft (Diaphyse) der Tibia entfernen, eben so das vereiterte Kniegelenk breit drainiren. Nachdem im Laufe des Jahres 1895 2mal vergeblich versucht war, den Tibiadefekt durch die Tibia junger Kaninchen zu ersetzen, wurde beschlossen, die Kniescheibe des in der Zwischenzeit ankylosirten Kniegelenks zur Wiedererlangung der Knochenkontinuität zu verwerthen. Es wurde daher 1896 die Kniescheibe mit ihren Bändern und der überliegenden Haut hufeisenförmig mit Stielbildung nach unten so umschnitten, dass nach erfolgter Drehung der obere Rand der Patella mit dem unteren Theile des Schienbeinrestes in Berührung stand. Diese Partie heilte knöchern zusammen, während zwischen oberem Schienbeinfragmente und unterem Patellarrande die knöcherne Vereinigung ausblieb, da die Patella zur Deckung des ganzen Defektes zu kurz gewesen war. Desshalb wurde einige Monate später die Kniescheibe durch einen Längsschnitt frei gelegt, quer gespalten, ihre obere Hälfte mobilisirt und mit dem oberen Ende der Tibia vereinigt. Die knöcherne Vereinigung gelang hier, doch bildete sich jetzt zwischen den beiden Patellartheilen eine Pseudarthrose. 1898 wurde auch diese nach Excision der fibrösen Vereinigung und Anfrischung der Wundflächen durch Silberdrahtnaht endgültig beseitigt.

Das Bein steht jetzt in guter Stellung, in einiger Zeit wird Pat. ohne Stock zu gehen im Stande sein. Eine Röntgenphotographie zeigt die gelungene knöcherne Vereinigung zwischen Kniescheibe und Schienbeinresten, photographische Abbildungen den Gang der einzelnen Operationen und das Endresultat.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

31) **Montini.** Contributo alla cura della lesioni trofiche metodo Chipault.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1900. No. 129.)

Chipault's im Jahre 1897 in der »Médecine moderne« mitgetheilte Methode der Nervendehnung bei trophischen Hauterkrankungen, namentlich bei den trophoneurotischen Geschwüren der Zehen, ist vom Verf. in einem interessanten Falle eines persistirenden Ödems angewandt worden. Dieses Ödem begann bei einer 18jährigen, sonst ganz gesunden Bäuerin am rechten Mittelfinger, griff alsdann auf alle übrigen Finger mit Ausnahme des Daumens, auf die Hand, den Vorderarm und schließlich den ganzen Arm bis zur Schulter über. Pat. war arbeitsunfähig, und es bestanden starke, zuweilen lancinirende Schmerzen im Gebiete des Ödems. Umschläge mit warmem Wasser, warme Schwefelbäder, regelmäßige Massage, Elektricität, Jod- Eisen- und Arsenpräparate halfen nicht. Die Haut blieb abnorm gespannt und verdünnt. Auch Scarifikationen mit zahlreichen und langen Einschnitten entleerten zwar eine Menge seröser, farbloser Flüssigkeit, konnten aber nach Vernarbung der Wunden den Wiederbeginn der Schwellung nicht verhindern. Nach zweijährigen vergeblichen Heilungsversuchen wurde nunmehr mit einem 12 cm langen Schnitte der Medianus im Sulcus bicipitalis isolirt und manuell so wie mit einer Pincette gedehnt. 25 Tage nach der Operation blieb der Arm wie abgestorben. Dann kehrten Sensibilität und Motilität unter Massage und elektrischer Behandlung zurück. Zu gleicher Zeit begann das Ödem zu schwinden und war nach 3 Monaten vollkommen beseitigt. Nach 8 Monaten erfolgte ein leichtes Recidiv, das durch Massage unschwer geheilt wurde. Chipault beobachtete in seinen

Fällen kein unmittelbares, aber ein progressives Verschwinden der trophischen Symptome nach der Dehnung und definitive Heilung zuweilen nach Überwindung eines leichten Recidivs. **Dreyer** (Köln).

32) **G. Tusini.** Über die Aktinomykose des Fußes.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 2.)

Die Arbeit schildert die Beobachtung einer Aktinomykose des Fußes bei einer 34jährigen Pat. Die Krankheit wird auf eine Verletzung mit einem inficirten Instrument zurückgeführt, trotzdem das Trauma und das Auftreten der charakteristischen Erscheinungen 14 Jahre aus einander liegen. T. betont die Ähnlichkeit seines Falles mit den Beschreibungen des sog. Madurafußes und hält an der Zugehörigkeit zu dieser Krankheitsform fest, nachdem er auch die weitere differentielle Diagnose mit Tuberkulose und Syphilis besprochen hat. Den Haupttheil der interessanten Arbeit und Studie bilden neben dem klinischen Befunde die von dem Verf. vorgenommenen mikroskopischen Untersuchungen und kulturellen Experimente bezüglich der Eigenart seines Falles. Auf eine genauere Bestimmung und eine Specifikation seines Mikroorganismus lässt sich T. indessen nicht ein, meint aber, dass sein Pilz zu der sog. fleischrothen Aktinomycesart von Gasperini gehört. Die Therapie konnte bei dem geschilderten Falle nur eine chirurgische sein, und zwar eine radikale, in Amputation des Unterschenkels bestehende. Danach trat völlige Heilung ein. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

33) **O. Laurent.** Une nouvelle opération pour pied creux adulte; ablation du scaphoide et résection du cuboïde.

(Bull. de l'acad. Roy. de méd. de Belg. 1900. No. 7.)

In einem Falle von hochgradigem beiderseitigen angeborenen Hohlfuß, wo Pat. auf den Spitzen der Metatarsi ging, und wo schon verschiedene Operationen, Tenotomien, Fasciendurchtrennungen etc. ohne Erfolg gemacht worden waren, erzielte L. ein vortreffliches Resultat durch Resektion des Os naviculare und cuboïdes. Ersteres resecirte er von einem inneren, letzteres von einem äußeren Längsschnitte aus. Nach der Heilung waren die Füße um nur 1 cm verkürzt. Die Heilung erfolgte bei der 26 Jahre alten Dame unter knöcherner Verwachsung der restirenden Fußwurzelknochen in der Operationsstelle. 3 Abbildungen im Original.

C. Fischer (Straßburg i/E.).

34) **Ch. Féré.** Lipome symétrique familial de l'arcade plantaire.

(Revue de chir. 1900. No. 8.)

Die mitgetheilten Fälle von symmetrischen Lipomen in der Gegend des Fußgewölbes betrafen Damen, die nahe verwandt mit einander waren; zwei waren Schwestern, die dritte deren Kousine. **Kramer** (Glogau).

35) **Goris.** Deux cas de fracture spontanée de l'apophyse styloide.

(Ann. de la Soc. belg. de méd. 1900. Juli.)

Von obigen beiden Fällen ereignete sich der eine während eines heftigen Schluckaktes, der andere während eines heftigen Hustenstoßes. Man fühlte oberhalb und etwas vor der Mandel einen spitzigen Körper unter der Schleimhaut, die Spitze nach innen und oben gerichtet. Der Kranke empfindet an dieser Stelle heftigen Schmerz. G. spaltete die Schleimhaut und präparirte das kleine Fragment aus seinen Verbindungen heraus. Heilung in einigen Tagen.

C. Fischer (Straßburg).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 6. Sonnabend, den 9. Februar. 1901.

I.

Zur Beurtheilung der inneren Weichtheilverletzungen des Kniegelenkes und der Quelle der Blutung bei Haemarthros genu.

Von

Dr. **C. Lauenstein**,
Oberarzt des Hafenkrankenhauses zu Hamburg.

In der Behandlung der traumatischen Blutergüsse des Kniegelenkes werden verschiedene Wege eingeschlagen. Der Eine huldigt dem exspektativen Verfahren, unterstützt durch Kompression, Massage, »Bewegungstherapie«, ambulante Behandlung, in letzterer Beziehung von der Theorie ausgehend, dass die Bewegung der Glieder den Blutumlauf und die Resorption befördert. Der Andere empfiehlt mit Esmarch Anfangs »Ruhe, hohe Lage, Eis« — im Allgemeinen zweifellos vorzügliche Grundsätze —, um erst später zu den vor-

genannten Heilfaktoren überzugehen. Der Dritte wiederum hält es für zweckmäßig, das Gelenk möglichst bald durch Punktion, event. Ausspülung von seinem Blutergusse zu befreien und zunächst ruhig zu stellen.

Die Verschiedenheit des therapeutischen Vorgehens wird sicherlich mit dadurch beeinflusst, dass es trotz genauer Berücksichtigung des Verletzungsmechanismus schwierig, ja vielfach unmöglich ist, die Art der vorliegenden Verletzung, insbesondere Lage, Richtung und Ausdehnung zu beurtheilen. Dem äußeren Knie sieht man oft nichts an als den prallen Bluterguss. Besteht gleichzeitig eine Patellarfraktur, so hat man allerdings gute Anhaltspunkte für die nebenher gehende Kapselzerreißung. Auch die Aufhebung der Festigkeit des Gelenkes lässt sichere Rückschlüsse auf bestimmte Bänderzerreißungen zu. Aber sonst hat man auf Grund der einfachen äußeren Untersuchung allein meist kein Urtheil über die Beschaffenheit des Kapselrisses. Nur so viel darf man im Allgemeinen sagen, dass unter der Einwirkung schwerer stumpfer, von außen auf das Kniegelenk wirkender Gewalten seine Kapsel viel leichter beschädigt wird, als die äußere Haut.

Die Hospitalerfahrung hat uns nun schon seit langer Zeit dahin geführt, den von uns behandelten Verletzten, die als Seeleute und Hafenarbeiter darauf angewiesen sind, ihre Arbeit möglichst bald wieder aufzunehmen, den Bluterguss so rasch wie möglich — natürlich unter den allerstrengsten Vorkehrungen der Asepsis — zu entleeren, um dann das Gelenk durch einen festen Verband für mehrere Wochen ruhig zu stellen. Erst wenn der Kapselriss vermuthlich zur Heilung gelangt ist, lassen wir den Verletzten aufstehen und mit Bewegungen beginnen. Ich bin überzeugt, dass diese Therapie unsere Verletzten am raschesten wieder arbeitsfähig macht.

Auch in Fällen, wo der Bluterguss durch einen Knochenbruch komplicirt ist (Patella, Kondylen), entleeren wir ihn regelmäßig vor Anlegung des sonstigen Verbandes. Wo die Indikation zur blutigen Vereinigung der Kniescheibe vorliegt, geht ihr natürlich immer eine vollständige Auswaschung des Blutergusses vorher.

Wir sind der Meinung, dass so rasch, wie durch die Punktion, der Bluterguss auf keine andere Weise, auch nicht durch Resorption, aus dem Gelenke entfernt werden kann. Dies halten wir auch in so fern für wichtig, als wir annehmen, dass in Folge der raschen Entleerung des Gelenkes zugleich die normale anatomische Lagerung der Theile wieder herbeigeführt wird, und dass der Kapselriss besser heilt, wenn seine Ränder nicht aus einander gedrängt, sondern möglichst nahe an einander liegen.

Abgesehen aber von den Vorzügen der Entleerung des Gelenkes bietet die Punktion unter Umständen auch noch einen Vortheil für die Beurtheilung der Quelle der Gelenkblutung, namentlich da, wo es sich lediglich um eine Weichtheilverletzung (Kapselriss) handelt. Der Sitz der inneren Kapselrisse pflegt, abgesehen von den

Bänderzerreißungen, wesentlich im Bereiche des oberen Recesses und zu den Seiten der Patella zu sein, d. h. in den am meisten exponirt liegenden Abschnitten des Gelenkes.

Wenn man nach dem Ablassen des Blutes durch die Trokar-Kanüle eine lange, geknöpfte Sonde in das Gelenk einführt, so gelingt es nicht selten, durch Abtasten des Gelenkinnern und Vorschieben der Sonde die Kapselverletzung deutlich nachzuweisen. An der Stelle des Kapselrisses dringt nämlich der Sondenknopf direkt bis unter die Haut vor, wo man ihn als solchen leicht von außen durchfühlen kann. Auch über Richtung und Umfang des Kapselrisses kann man so gelegentlich Aufschlüsse gewinnen. Trifft es sich gerade so, dass der Trokareinstich dem Kapselrisse gegenüberliegt, so kann man von der Sondenabtastung am ehesten Aufschlüsse erhalten. Wir punktiren in der Regel an der Außenseite des Gelenkes, dem oberen Recesse entsprechend. Die Kapselverletzungen liegen, weil die Gewalten, die auf das Knie wirken, aus naheliegenden Gründen häufiger von der Außenseite kommen, meistens innen.

Wie es so oft geht, so sind wir zu dieser Verwendung der Sonde zur Gewinnung von Aufschlüssen über innere Verletzungen des Kniegelenkes ursprünglich rein zufällig gelangt. Bei der Entleerung und Ausspülung des Kniegelenkes kommt es nämlich zuweilen vor, dass der Ablauf des Blutes oder der Spülflüssigkeit plötzlich stockt, und zwar, weil sich innen vor die Kanüle ein Gerinnsel oder ein Gewebsfetzen legt. Das einfachste Mittel, den Flüssigkeitsstrom wieder zum Laufen zu bringen, ist dann die Einführung einer Knopfsonde in das Lumen der Kanüle.

Der Nachweis dieser Kapselrisse hat mich zuerst bestimmt, meine Pat. nach der Entleerung des Blutergusses in einem festen Verbande so lange liegen zu lassen, bis man die Heilung der inneren Gelenkverletzung annehmen konnte, sie also nicht der »ambulanten« Behandlung oder der frühzeitigen »Bewegungstherapie« zu unterziehen.

Für die Knochenabsprengungen an den Gelenkenden, wie sie häufig bei Distorsionen und Kontusionen der Gelenke vorkommen, sind es die Röntgenstrahlen gewesen, die zum großen Nutzen der Verletzten einer Verallgemeinerung der sonst so modernen frühzeitigen oder besser gesagt voreiligen »Bewegungstherapie« Halt geboten haben.

Aber auch bei Weichtheilverletzungen am Kniegelenke, und zwar nicht bloß äußeren, sondern erst recht bei inneren, d. h. bei den Kapselrissen, liegt es im Interesse unserer Verletzten, dass jene erst zur Heilung gelangen, bevor man wieder Ansprüche an die Funktion des Gelenkes macht.

II.

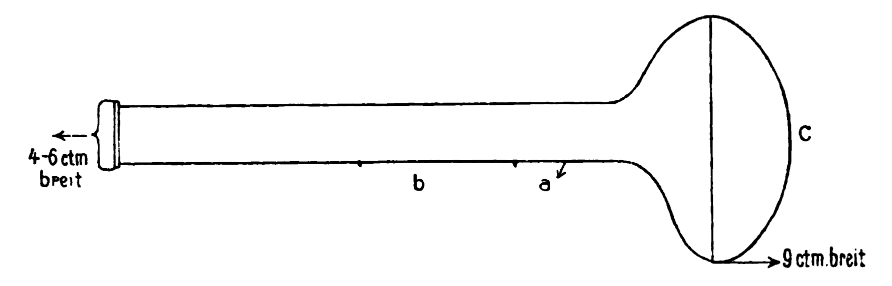
Ein neues Verfahren zur Behandlung der Kniescheibenbrüche.

Von

Dr. **Popper** in Hamburg.

Wenn sich die neueste Behandlungsmethode der Knochenbrüche, wie sie Lucas-Championnière in Paris anlässlich des internationalen Kongresses in zahlreichen Fällen vorgeführt, auch so bald noch nicht vollständig bei uns einbürgern wird, so ist die Idee, von der er ausgeht, doch so einleuchtend und richtig, dass es das Streben der modernsten Chirurgie werden muss, sich mehr und mehr bei Frakturen jeder Art von absoluter, wochenlang dauernder Immobilisirung zu entfernen und nach Räthlichkeit so frühzeitig wie möglich, event. sogleich nach Eintritt des Trauma durch Massage und genau limitirte Bewegung ein möglichst günstiges Resultat zu verbürgen. — Ohne die Methode von Lucas-Championnière in allen Theilen bezw. bei allen Fällen anzunehmen, habe ich seit Jahren schon dem Princip gehuldigt, recht früh die Immobilisirung in ausgewählten Fällen aufzugeben oder so zu gestalten, dass uns bei ihr nicht die mächtig wirkenden Heilfaktoren frühzeitiger Massage, passiver und aktiver Bewegungsversuche verloren gingen. Natürlich spreche ich von genau kontrollirten Bewegungen und ich kann mit den überaus günstigen Resultaten dieser Behandlung sehr zufrieden sein. Muss man doch, ohne sich die Ansichten von Lucas-Championnière vollständig zu eigen zu machen, ihm uneingeschränkt darin beipflichten, dass die Inaktivirung der Gelenke etc. für längere Zeit in ihrer absoluten Form (ohne Massage etc.) oft viel schwerer für das Endresultat wiegt, als wir seither im Großen und Ganzen anzunehmen gewohnt waren. — Eine Art der Knochenbrüche nun, die ganz besonders in dem Sinne behandelt werden sollte, die ganz besonders frühzeitigster Massage etc. bedarf, sind die Kniescheibenbrüche. Denn hier wiegt die Immobilisirung oft mehr als eine geringe Diastase der Frakturenden, die nachbleibt! Wenn ich absehe von den einzelnen Arten der Patellarfrakturen, deren Behandlung im Großen und Ganzen ziemlich dieselbe ist, so ziehe ich als Paradigma gleich die schwerste Form dieser Brüche, den totalen Querbruch heran, also die totale Trennung des Periosts und der fibrösen Bekleidung der Patella, einen Bruch, der sich gewöhnlich schon durch die starke Diastase der Bruchenden kennzeichnet. Wir waren früher gewohnt, nach Möglichkeit durch geeignete Apparate die Diastase zu redressiren, sind dann zu den Kontentivverbänden gekommen und haben für die den unblutigen Methoden trotzenden Fälle in der Knochennaht der Patella uns für diese schwersten Fälle das ultimum refugium reservirt, wenn auch vereinzelt schon in frischen Fällen die Naht mit Erfolg

ausgeführt worden ist. Wenn ich im Folgenden die unblutigen Methoden um eine bereichere, so gehe ich von dem Standpunkte aus, dass wir bei der immerhin noch ziemlichen Gefahr der Naht verpflichtet sind, so lange nicht die absolute Indikation dafür vorliegt, bei Knochenbrüchen (unkomplicirt!) ohne chirurgischen Eingriff uns zu behelfen, zumal wenn die Behandlung so einfach ist und so vorzügliche Resultate ergiebt wie diese. Die Behandlungsart ist folgende: 2 Heftpflasterstreifen je von ungefähr 50 cm Länge werden so zugeschnitten, wie es die beigegebene Skizze zeigt.



Das Heftpflaster zeigt an seiner breitesten Stelle das ungefähre Maß von 9 cm Breite. Dabei entspricht der Bogen *c* ungefähr den Konturen der oberen bezw. unteren Grenze der Patella. Die Streifen werden nun bis *a*, von *c* aus, vom anhaftenden Mull des Heftpflasters befreit und der eine mit der befreiten Fläche auf die Haut oben (bis zur Quadricepsbursa inbegriffen), der andere unten auf die über der Tuberositas tibiae gelegene Haut, den Kontouren der Patella entsprechend, angelegt. Es ist gut, die Pflasterstreifen nicht zu nahe an die Ränder der Patella heran zu legen, um mehr Angriffsraum für die künftige Ausgleichung der Diastase zu haben. Bei Gebrauch von echtem John-Johnson'schen Pflaster gelingt und hält die Fixirung auf Wochen. Darauf wird in den unteren Pflasterstreifen ein Schlitz von einigen Centimetern bei *b* in der Mitte des Streifens gemacht, der obere Streifen hier durch den unteren durchgezogen und beide werden nun gehalten. Ehe man weiter geht, übt man an beiden Streifen, event. den Schlitz noch etwas größer machend, möglichst zum Schenkel parallel ziehend einen kräftigen Zug aus, die Bruchenden so allmählich in ihre beste Adaption bringend. Man unterstützt diesen Vorgang am besten dadurch, dass man zuvörderst das Bein auf ein Planum inclinatum und den Oberkörper des Pat. in halbe Sitzstellung durch untergeschobene Kissen bringt. In dieser Lage, der besten zur Ausschaltung ungewollter Quadriceps- und Ileopsoaswirkung, bleibt der Pat. am richtigsten während der Bettlage. — Ist also nun die Diastase der Frakturenden durch den Zug ausgeglichen, die Enden ganz genähert, so schiebt der Assistent ein ca. 8 cm langes, 4 cm breites Heftpflasterstück, das vorbereitet zurecht liegt, unter den beiden Hauptstreifen quer durch über die Bruchstelle der Patella und fixirt damit nochmals die hergestellte

Annäherung der Bruchenden. Der Streifen kann auch, länger geschnitten, als Zug nach unten quer über die Frakturstelle und zu gleichem Zwecke benutzt werden, ist aber als solcher gewöhnlich überflüssig, da sich durch langsames, aber stetiges Ziehen an den Hauptstreifen unter Kontrolle der Hand des Assistenten leicht ein Aufkanten der Bruchtheile vermeiden lässt — und das ist für die Assistenz die Hauptsache. Ist das quere Stück angelegt, so wird von dem Assistenten der noch an den Hauptstreifen haftende Mull schnell beiderseits gelöst, und die Streifen werden unten bis ca. 6 cm unterhalb der Tuberositas tibiae, oben ungefähr in gleicher Höhe analog fixirt. Dabei bleiben die Heftpflasterenden frei, die mit in die Gipsringe eingefügt werden sollen. — Dann legt man entsprechend den fixirten Enden der Heftpflasterstreifen oben und unten unter Aufnahme der freien Enden derselben in den Verband Gipsringe um Ober- und Unterschenkel. Beide Gipsringe sind verbunden durch eine als Brücke unten längs der Kniekehle (vom Unterschenkel zum Oberschenkel) laufende, miteingegipste gepolsterte Schieneneinlage. So wird für die Streckung gesorgt und das Kniegelenk doch so weit frei gelassen, dass schon am 1. Tage trotz aller Schwellung etc. mit Massage angefangen werden kann. Mein Heftpflastergipsverband ist quasi eine Extension der Bruchenden im umgekehrten Sinne — eine Contradictio in adjecto! — Der Verband ermöglicht dadurch, dass er Übersicht lässt dem Auge, dem Tastsinn freien Raum. Er lässt es also zu, dass die Pat. schon am 1. Tage in den Seitenpartien des Gelenkes massirt werden. Die Massage (Effleurage) wird in leichter Form täglich ausgeführt bei gänzlicher Schonung der frakturirten Theile, die ja auch Pflaster tragen. Nach 14 Tagen, spätestens 3 Wochen werden die Gipsringe mit Verbindungsschiene entfernt, die Kniekehle wird nun auch massirt, eben so die umliegenden Partien. Das Pflaster blieb zurück bis auf die in den Verband aufgenommenen, jetzt belanglosen Enden. Nach einer weiteren Woche (gewöhnlich schon nach 3 Wochen) wird auch das Pflaster entfernt, und nun werden in toto energisch die bisher bedeckten Partien auch mitmassirt; daneben werden passive und versuchsweise aktive Bewegungen gemacht; diese gelingen schon nach wenigen Tagen. — Natürlich eignet sich die Methode nur für frische Fälle.

Es ist gleichgültig, welcher Art die Patellarfrakturen sind. Bei Quer- und Splitterfrakturen ist der angegebene Modus des Verbandes der typische, bei Längsfrakturen (sehr selten!) genügt nur eine quere Heftpflasterkappe ohne Gipsverband, entsprechende Lagerung und baldigste Massage. Die Erfolge der frühzeitigen Massage etc. sind gerade bei den Patellarfrakturen in all ihren Formen besonders in die Augen springend.

III.

Aus der chirurgischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses zu Barmen. Oberarzt Geh. San.-Rath Dr. Heusner.)

Über Behandlung und Verhütung arthrogener Kontrakturen im Kniegelenke[1].

Von

Dr. Carl Bruns.

Die Behandlung resp. Verhütung der auf Grund chronischer Erkrankungen des Kniegelenkes entstandenen Kontrakturen ist von jeher ein Gebiet der Chirurgie gewesen, auf dem nicht selten der Erfolg ausblieb oder doch der aufgewandten Mühe nicht entsprach. Der Orthopäde versuchte mit Verbänden und sanften Redressements in oft jahrelanger Arbeit das Bein in gestreckter Haltung zu fixiren, um schließlich in vielen Fällen zu erleben, dass entweder die Kranken die Geduld verloren, oder dass ein Recidiv eintrat. Der Chirurg versuchte, durch gewaltsame Streckung und Anlegung von Gipsverbänden die Kontraktur zu beseitigen, und glaubte, wenn er immer wieder vor Recidiven stand, als vornehmstes Mittel, als ultima ratio, die Resektion vorschlagen zu müssen. Aber, m. H., sehen wir ganz ab von jenen Fällen, in denen nach Resektion die primäre Vereinigung ausblieb, oder nachträglich Knochenfisteln etc. auftraten, sehen wir ferner davon ab, dass die Resektion, besonders bei Leuten in vorgerücktem Alter, doch schließlich keine ungefährliche Operation ist, dass sie stets mit einer Verkürzung des Beines verknüpft ist, und sehen wir nach, ob denn die reaktionslos verlaufene Resektion auch wirklich absolut sicher die Kontraktur beseitigt, so müssen wir allerdings gestehen, dass sie es nicht immer thut. Giebt doch selbst König, der eifrigste Fürsprecher der Kniegelenksresektion, in seinem Lehrbuche an, es »besteht auch, wenn eine vollkommene Synostose erzielt zu sein schien, zumal wenn das Knie in der für das Gehen erwünschten leichten Flexion ausheilte, eine große Tendenz zur allmählich zunehmenden Flexionskontraktur«. Sagt er doch auch, dass man oft genöthigt sei, die Weichtheile der Beugeseite bis auf den Knochen zu durchtrennen.

Welches sind denn aber die Weichtheile, die die Kontraktur hervorrufen? Ist es die Kapsel, ist es Haut oder Bindegewebe? Alle diese Gewebe sind es nicht, jedenfalls sind sie nicht die primär kontrakturirten Theile, sondern dieses sind die Muskeln.

Diese Erwägung war es, die uns veranlasste, auf Grund eines Falles stetig recidivirender Kniegelenkskontraktur der Frage etwaiger Muskeltransplantationen näher zu treten. Es handelte sich um ein

---

[1] Vortrag, gehalten in der Vereinigung niederreinisch-westfälischer Chirurgen zu Bochum am 8. December 1900.

8jähriges Mädchen der besseren Praxis, bei dem wegen einer nach septischer Kniegelenksentzündung im Säuglingsalter aufgetretenen Kontraktur außer anderen operativen Eingriffen auch die Resektion mit dem Erfolge gemacht war, dass knöcherne Vereinigung ausblieb und die Kontraktur wieder auftrat. Wir fanden bei dem nervösen Kinde eine äußerst lebhafte Kontraktur der gesammten Beuger, besonders des Biceps, sobald wir versuchten, in tiefster Narkose eine Bewegung im Sinne der Streckung auszuführen. Leider versagten uns die Eltern die Ausführung der vorgeschlagenen Transplantation der Bicepssehne auf die Quadricepssehne. Wir hatten aber auf der Kinderstation einen Knaben mit Fungus des Knies, bei dem die Erkrankung im Abheilen begriffen war, aber bei dem seit ca. 2 Jahren alle Methoden konservativer Behandlung vergeblich versucht waren, um die immer wieder auftretende Kniekontraktur zu beseitigen. Bei diesem Knaben fanden wir ebenfalls, dass die Muskeln bei etwaigen Streckversuchen sich energisch kontrahirten. Wir überpflanzten die Bicepssehne auf die Quadricepssehne; der Knabe blieb bei reaktionslosem Verlaufe 3 Wochen in festem Verbande, dann ließen wir ihn aufstehen. Sie sehen ihn hier; die Operation ist vor $5^1/_2$ Monaten ausgeführt. Das Bein steht, wie Sie sehen, in absoluter Streckung, und der Knabe kann ohne den geringsten Schmerz gut gehen. Er bedarf seit der Operation keiner Hülsenverbände etc. mehr, während bis dahin nach Fortlassen etwaiger Kapselverbände sofort starke Kontrakturstellung, manchmal in 8—14 Tagen bis zu 60°, auftrat.


Fall II, 6 Wochen nach der Operation.

Der zweite Fall, den ich Ihnen zeigen möchte, betrifft ein junges Mädchen von 24 Jahren. Dieselbe acquirirte vor 9 Monaten eine Gonitis gonorrhoica des linken Beines, und zwar handelte es sich um die schwere Form der Gonitis gonorrhoica phlegmonosa (König). Die entzündlichen Processe sind längst abgelaufen, aber Pat. litt andauernd an Neigung zur Kontrakturbildung und starken Schmerzen bei Gehversuchen. Auch bei ihr haben wir Alles versucht, was konservativ möglich ist. Wir haben in Narkose mehrfach redressirt, alle möglichen Gehverbände, Schienenhülsen etc. tragen lassen, Alles vergebens! Wir standen jetzt vor der Frage der etwaigen Resektion. Nun, auch bei diesem Mädchen haben wir die Sehnenüberpflanzung versucht, und, wie Sie sehen, mit ausgezeichnetem Erfolge. Wir legten Biceps und Semitendinosus frei und schnitten sie am unteren Ansatze

ab. Als wir dann versuchten, in tiefer Narkose das in Kontraktur von ca. 40° befindliche Knie zu strecken, kontrahirten sich die beiden Muskeln so stark, dass sie fast völlig im oberen Wundwinkel verschwanden. Wir verzichteten desshalb auf eine völlige Streckung des Beines und haben die beiden Muskeln durch angelegte Öffnungen der Quadricepssehne durchgezogen und vernäht und das Bein in Kontrakturstellung durch Gipsverband fixirt. Nach 3 Wochen reaktionslosen Verlaufes haben wir den Verband abgenommen und mit Massage des Quadriceps begonnen. Und nun passirte das Interessante, dass das bis dahin kontrakturirte Bein, das sich früher ohne festen Verband immer stärker beugte, langsam, ohne dass wir das Knie passiv streckten, sich spontan gerade stellte. Sie sehen jetzt das Bein in absoluter Streckung. Die Kranke kann auf dem Beine schon seit Wochen gehen und ist frei von Schmerzen, während früher jeder Gehversuch die heftigsten Beschwerden verursachte.

Einen weiteren Fall werden wir in nächster Zeit im Krankenhause analog operiren. Es handelt sich um eine an chronischem Gelenkrheumatismus leidende Dame, die seit mehreren Jahren wegen hochgradiger Kontraktur beider Knie absolut bettlägerig ist.

(Die betr. Kranke ist vor Kurzem mit Sehnentransplantation der Beuger auf die Quadricepssehne behandelt. Es haben sich die bis dahin äußerst schmerzhaft um ca. 50° kontrakturirten Kniee langsam völlig gestreckt, obwohl Pat. bisher noch Bettruhe innehalten musste.)

Nun, m. H., was haben wir mit unserer Operation gewonnen?

Wir haben bei zu Kontraktur neigenden Knieen durch eine verhältnismäßig einfache und ungefährliche Operation die Kontraktur beseitigt, so wie einen großen Theil der mit letzterer verbundenen Schmerzen. Ein weiterer Vortheil liegt darin, dass wir nicht genöthigt sind, in solchen Fällen recidivirender Kontraktur die Resektion ausführen zu müssen.

Freilich wird der Resektion auch später noch mancher Fall, besonders von Tuberkulose anheimfallen, wo es eben darauf ankommt, die erkrankten Herde gründlich zu entfernen, aber es wird doch vielleicht unsere Methode manches Knie vor allzu radikaler Behandlung und vor Versteifung schützen.

Es ist ferner unleugbar, dass manches chronisch entzündliche Kniegelenk nach längerer Zeit wieder ausheilt, manchmal sogar mit Erhaltung eines mäßigen Grades von Beweglichkeit. Sollte es in solchen ausgeheilten Fällen nicht wohl möglich sein, die einstmals auf den Quadriceps verpflanzten Muskeln an ihre ursprüngliche Insertion zurückzubringen und damit den Versuch zu wagen, ein spontan bewegliches Gelenk wiederherzustellen? Doch darüber haben wir bisher noch keine praktischen Erfahrungen. Möge die heutige Demonstration Veranlassung zu weiteren Versuchen sein. Die Tragweite und Leistungsfähigkeit unserer Operation zu bestimmen bleibt der Zukunft überlassen.

---

1) **T. König.** Über Äthylchloridnarkose.

Inaug.-Diss., Bern, **Büchler,** 1900. 54 S.

Verf. hat sich auf Anregung von Dumont der Aufgabe unterzogen, die Eigenschaften des Äthylchlorids als allgemeines Anaestheticum am Thierversuche zu prüfen und darauf hin auch klinisch am Menschen zu untersuchen. Die Experimente wurden im physiologischen Institute der Universität Bern (Prof. Kronecker) mit Hilfe von Dr. Asher ausgeführt. Es wurde hierzu der Kronecker'sche Narkoseapparat benutzt, der eine genaue Dosirung der Mischungsverhältnisse von Luft und verdampftem Anaestheticum erlaubt. Als Versuchsthiere dienten Kaninchen und Affen.

Es ergab sich bei diesen Versuchen vorerst, dass die Narkose bei zehnfacher Verdünnung der Äthylchloriddämpfe erst nach 6 bis 7 Minuten eintrat, während sie sich bei Mischung zu gleichen Theilen schon nach wenigen Sekunden einstellte. Das Erwachen war stets außerordentlich rasch. Schädigungen wurden auch bei oft wiederholten Narkosen nicht bemerkt, eben so wenig eine Gewöhnung an das Mittel. Bei Kaninchen traten auch in tiefer Äthylchloridnarkose die motorischen Reizsymptome (Krämpfe) fast mehr in den Vordergrund als Lähmungserscheinungen, während beim Affen die Äthylchloridnarkose vollständig ruhig verläuft. Die wichtigen Versuche über das Verhalten des Blutdruckes ergaben, dass bei schwächeren, aber immerhin zur Narkose genügenden Mischungen von Luft und Äthylchlorid keine wesentliche Erniedrigung des Blutdruckes eintritt. Wo dies doch der Fall war, musste es sich um Vagusreiz handeln, da der Blutdruck nach Durchschneidung der beiden Vagi wieder stieg. Bei zu koncentrirten Äthylchloriddämpfen kam beim Kaninchen, nicht aber beim Affen, ein deutliches Sinken des Blutdruckes vor. Verf. hält auf Grund dieser Versuche das Äthylchlorid für weniger gefährlich als das Chloroform, will aber eine abschließende Vergleichung zwischen Äther und Äthylchlorid nicht ziehen. Der Vaguswirkung wegen schlägt er vor, der Narkose eine Atropininjektion vorauszuschicken.

Der klinische Theil erstreckt sich auf 40 Narkosen: 9 nur mit Äthylchlorid ausgeführt, 31 mit Äthylchlorid und nachfolgendem Äther. Für kurze Narkosen (Zahnextraktionen) wird die Lehmann'sche Glasmaske empfohlen, für längere Narkosen eine Modifikation der Wagner-Longard'schen Äthermaske. Als Behälter des Anaestheticums wurden Äthylchloridcylinder, mit einer weiteren, als der gewöhnlichen kapillaren Öffnung versehen, benutzt.

Meist wurde die Anästhesie in 2 Minuten, nur 3mal erst in 4—5 Minuten erzielt. Das Erwachen war stets momentan. Nachträgliche Beschwerden waren selten. Nierenschädigung wurde nie beobachtet. Die dauernde Narkose schwankte in der Regel zwischen $1^1/_2$ und 10 Minuten, erstreckte sich aber ein Mal auf 25 Minuten. Irgend welche schwere Zufälle wurden nie beobachtet. Bemerkenswerth ist, dass die Narkose für den Pat. viel angenehmer ist als

Chloroform- und Äthernarkose. Mit besonderer Vorliebe wurde die Äthylchloridnarkose als Einleitung der letzteren benutzt, und zwar mit derselben Maske. Wurde rechtzeitig genügend Äther nachgegossen, so fehlte jede Excitation. Ein nach kombinirter Narkose am folgenden Tage erfolgter Tod an akutem Lungenödem wird der schwächlichen Konstitution der Pat., dem ausgedehnten Eingriffe (Excision einer zum größten Theile substernalen Struma) und der Ätherwirkung zugeschrieben.

Verf. empfiehlt die reine Äthylchloridnarkose für kurz dauernde Eingriffe, während er für länger dauernde Operationen der Äthylchloridäthernarkose das Wort redet.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

---

2) **Tuffier.** Analgésie cocaïnique par voie rachidienne.

(Semaine médicale 1900. No. 51. p. 432.)

T., der sich von den französischen Chirurgen am meisten mit der Rückenmarksanästhesie befasst und die wohl zweckmäßigste Methode, nämlich die Injektion des Cocains am sitzenden Pat. angegeben hat, giebt in der vorliegenden Mittheilung eine Übersicht über seine bisherigen Erfahrungen. Er nennt als feststehende Resultate der bisherigen Beobachtungen einmal die Vollständigkeit und genügende Dauer der Analgesie, sodann ihre vollständige Gefahrlosigkeit sowohl in Bezug auf unmittelbare Erscheinungen als auch auf später eintretende Störungen. Ein einziger Pat. ist am Tage nach der Operation gestorben, und zwar an den Folgen einer Herzaffektion.

Was die bei und nach der Anwendung des Verfahrens auftretenden Erscheinungen betrifft, so ist T. der Ansicht, dass sie nicht genügend schwer sind, um die Rückenmarksanästhesie zu verlassen. Der Schmerz des Einstiches ist bei genügend feiner Nadel unbedeutend. Das anfängliche Übelbefinden, das 5—8 Minuten nach der Injektion beginnt, dauert selten mehr als 10—15 Minuten. Der Brechreiz, der bei 40% der Pat. auftritt, steht nach T. in Beziehung zu einer mangelhaften Spannung des Liquor cerebrospinalis und macht sich nur bei den Pat. unangenehm bemerkbar, bei denen die cerebrospinale Flüssigkeit schlecht ausfloss. Er hängt übrigens auch von der Größe der Cocaindosis ab. Erbrechen tritt in $^1/_5$ der Fälle auf und hat keine ernstere Bedeutung. Der Puls ist etwas beschleunigt und weich, und der Blutdruck sinkt. Die Athmung wird wenig beeinflusst. Der After wird hier und da inkontinent, während der Blasenschluss stets erhalten bleibt.

Was die nachträglichen Erscheinungen betrifft, so beobachtete T. die Kopfschmerzen in $^2/_5$ der Fälle. Dieselben hatten den Charakter der Migräne und verschwanden beinahe immer bis zum folgenden Morgen. Längere Dauer war selten. Dagegen treten in seltenen Fällen nachträgliche Kopfschmerzen nach 2—5 Tagen auf, die bis zu 7 Tagen dauern können. Nachträgliches Erbrechen wird nur

ganz ausnahmsweise beobachtet. Temperatursteigerung sah T. in 45% der Fälle. Sie überschritt in der Regel nicht 38,5 und ging nur ausnahmsweise bis 39,5. Ihre Dauer betrug mit auffallender Regelmäßigkeit 6—8 Stunden.

T. hat mit dieser Anästhesie 250 Operationen ausgeführt, wovon 142 in der Bauchhöhle, vom Magen und der Niere bis zu den verschiedensten Eingriffen in den weiblichen Genitalien. Das Alter der Pat. schwankte zwischen 10 und 79 Jahren. Wiederholte Cocainisirung mit einigen Tagen Zwischenraum wurde gut vertragen. Kinder und Hysterische sollten von ihrer Anwendung ausgeschlossen werden, während Herzerkrankungen und Arteriosklerose keine Kontraindikation darstellen. Was die Bauchchirurgie betrifft, so empfiehlt T. die Rückenmarksanalgesie nur für Diejenigen, welche in diesem Gebiete der Chirurgie geübt sind, da schwierigere Eingriffe durch das Erbrechen mehr oder weniger erschwert werden können.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

---

3) **A. J. Golebski.** Über Cocainisirung des Rückenmarkes.

(Botkin's balnitschaja gaseta 1900. No. 18. [Russisch.])

G. hat auf Veranlassung von Prof. Krawkow im pharmakologischen Laboratorium desselben 46 Experimente an Hunden und 59 an Fröschen angestellt, um die Wirkungen der Bier'schen Methode zu erforschen. Die unmittelbare Anregung zu den Experimenten gaben Seldowitsch's Veröffentlichungen (Centralblatt für Chirurgie 1899 No. 41), mit dessen klinischen Erfahrungen sich G.'s experimentelle Beobachtungen im Wesentlichen decken. G. kommt zu folgenden Resultaten. Durch Injektion von 1—3 dg Cocain (auf das Kilo Thiergewicht) gelingt es, bei Hunden in wenigen Minuten eine vollkommene Anästhesie des ganzen Rumpfes, Halses, der Vorderpfoten bis zum Vorderarme und der Hinterfüße gegen Stich, Hitze und elektrische Reize zu erzielen, und zwar erstreckt sich die Anästhesie sowohl auf die oberflächlichen wie die tiefen Körperabschnitte. Die Dauer der Anästhesie hängt ab von der Cocainmenge und währt bis zu 20 Minuten. Was die Reihenfolge betrifft, in welcher die Reaktionen auf die verschiedenen Reize erlöschen, so ist bemerkenswerth, dass bei Fröschen der stärkste Reiz, das Betupfen der Haut mit Säure, zuerst seine Wirkung verliert, und dass die Empfindung der einfachen Berührungen am längsten erhalten bleibt; eben so überdauert bei Hunden die elektrische Reizbarkeit die Empfindlichkeit gegen Schmerz. Diese Thatsachen stimmen mit den Erfahrungen Bier's am Menschen überein, welcher bei seinen Pat. beobachtete, dass die Berührung mit den Instrumenten noch empfunden wurde, nachdem die Schmerzempfindlichkeit bereits erloschen war. Beim Schwinden der Anästhesie kehren die Empfindungen von der Peripherie nach dem Centrum fortschreitend wieder.

Mit der Anästhesie ist immer eine Ataxie der Hinterbeine verbunden.

Eine weitere Komplikation ist eine Temperaturerhöhung, die nur bei höheren Cocaindosen (5—7 dg auf das Kilo Thiergewicht) eintritt und um so länger dauert, je größer die Dosis war. Sie stellt ausschließlich eine Giftwirkung des Cocains dar und ist bei sterilisirtem Cocain, »welches giftiger ist als unsterilisirtes«, von längerer Dauer und höherem Grade. Die Temperaturerhöhung lässt sich durch gleichzeitige Injektion von Cocain und Antipyrin vermeiden.

Die Cocainisirung vermag Krämpfen (Strychnin, Pikrotoxin, Aconitin) vorzubeugen. Das Bewusstsein schwindet niemals.

Eucain B., weniger giftig, wirkt beträchtlich schwächer. G. hat an ungefesselten Hunden Laparotomien (Anlegung einer Magenfistel) unter dieser Anästhesie gemacht und empfiehlt die Bier'sche Methode den Chirurgen zur Prüfung. **P. Rathcke** (Berlin).

---

4) **A. Lüning** und **W. Schulthess.** Atlas und Grundriss der orthopädischen Chirurgie für Studirende und Ärzte.

München, **J. F. Lehmann,** 1901. 610 S.

Das vorliegende Werk bildet den XXIII. Band der bekannten Lehmann'schen Handatlanten. Die Verff. sind überzeugt, einem Bedürfnisse zu entsprechen, da es zu Zeit an einer knapp gefassten, nur das Wesentliche bietenden, jedoch gut illlustrirten Zusammenfassung der orthopädischen Chirurgie gebricht.

Die Namen der beiden Autoren, welche durch eine 17jährige gemeinsame Thätigkeit auf unserem Gebiete bekannt sind, sprechen schon für eine gediegene, gut ausgewählte Darstellung. Die Verff. haben sich so in die Bearbeitung getheilt, dass die Darstellung des allgemeinen Theiles (mit Ausnahme der operativen Orthopädie) und der Deformitäten des Rumpfes auf S., diejenige der Deformitäten der Extremitäten (mit Ausnahme des Plattfußes) auf L. entfällt. Der Text wird durch 366 Figuren und 16 farbige Tafeln auf das Anschaulichste erläutert.

Das Buch enthält einen allgemeinen Theil, in welchem die Eintheilung und allgemeine Behandlung der Deformitäten besprochen wird; besonders hinweisen möchte ich hier auf das Kapitel der technischen Gruppen der Behandlungsmethoden, in welchem Massage und Gymnastik, operative Orthopädie und Verbände durch Text und gute Zeichnungen eine ausgezeichnete Darstellung erhalten.

Der specielle Theil behandelt die einzelnen Deformitäten der üblichen Eintheilung gemäß. Von den Deformitäten der Wirbelsäule glaubte S. den lateralen Verkrümmungen eine breitere Darstellung geben zu müssen, da sie in den dem Gebrauche des Praktikers dienenden chirurgischen Lehrbüchern keine zur selbständigen Verwerthung betähigende Besprechung zu erfahren pflegen. Dem Kapitel

vorausgeschickt ist eine reich illustrirte Darstellung der Anatomie der normalen erwachsenen und kindlichen Wirbelsäule. Die verschiedenen Formen der Skoliose und die pathologische Anatomie derselben sind gleichfalls durch zahlreiche anschauliche Bilder dargestellt. Eben so erfährt die Therapie eine ausgedehnte Besprechung. S. bringt hier eine ausführliche Zusammenstellung seiner zahlreichen genial konstruirten, zum Theil sehr komplicirten Redressions- und Übungsapparate, skizzirt aber auch die sonst übliche, mit einfacheren Hilfsmitteln durchgeführte Therapie.

Bei der Besprechung der Spondylitis vermisst Ref. eine breitere Darstellung mancher für den Praktiker besonders wichtiger Punkte, wie die genauere Technik des Lorenz'schen Reklinationsbettes, das Anlegen der cirkulären Verbände bei Horizontallagerung zur Begünstigung kompensatorischer Lordosen, die Psoaskontraktur. Hier könnten vielleicht auf Kosten einiger der zahlreichen Wirbelsäulenmessbilder (28), deren Werth für ein wissenschaftlich geleitetes Institut nicht bestritten werden soll, wenige anschauliche Zeichnungen eingeschaltet werden.

Von den übrigen Kapiteln will ich nur noch die angeborene Hüftverrenkung hervorheben. Die Lorenz'sche unblutige Einrenkung erhält eine gebührende Besprechung, welche durch gut reproducirte Röntgenbilder und Lorenz'sche Originalfiguren illustrirt ist.

Bei der Behandlung der Coxitis werden die modernen Gehverbände berücksichtigt, eben so den Hessing'schen Apparaten ihr Platz eingeräumt. Der Ansicht der Verff., dass durch den Ersatz der Hülsen der Hessing'schen Apparate durch einfache Ringe mit Lederriemen die Muskelatrophie vermieden wird, kann sich Ref. nicht anschließen, da er öfters in der Lage war, bei Pat., welche derartige Apparate getragen hatten, noch nach Jahren bleibende tiefe Einschnürungen in der Muskulatur an der Stelle der Ringe nachzuweisen.

Die äußere Ausstattung des Buches ist wie die der sonstigen Handatlanten der Lehmann'schen Sammlung eine gediegene.

Drehmann (Breslau).

---

5) **A. Hand.** A critical summary of the literature on the diagnostic and therapeutic value of lumbar puncture.

(American journ. of the med. sciences 1900. Oktober.)

H. fasst die Resultate seiner kritischen Litteraturbesprechung in folgende Sätze zusammen:

1) Die Lumbalpunktion hat ein weiteres Feld als diagnostisches Hilfsmittel denn als therapeutischer Eingriff.

2) Als diagnostisches Hilfsmittel ist dieselbe nur dann von Werth, wenn sie positive Befunde liefert; es ist nicht anzurathen, aus negativen Befunden Schlüsse zu ziehen.

3) Therapeutisch ist sie von Werth: bei epidemischer Cerebrospinalmeningitis zur Herbeiführung der Heilung; bei tuberkulöser Meningitis zur Gewährung subjektiver Erleichterung; bei anderen Zuständen von Drucksteigerung durch Beseitigung eines direkt lebensgefährlichen Zustandes zur Anbahnung der Besserung.

R. v. Hippel (Dresden).

---

6) **Codivilla.** Sur la technique de la craniotomie exploratrice.

(Revue de chir. 1900. No. 11.)

Verf. empfiehlt erneut das von ihm zuerst in No. 16 ds. Bl. 1898 beschriebene Instrument zur explorativen Kraniotomie, bei der sich dasselbe ihm wiederholt bestens bewährt hat. Er rühmt dem Kraniotom besonders nach, dass er fast linear und mit minimalem Substanzverluste den Knochen ausschneide, mag er sehr hart oder weich und dünn sein, dass die bei Einheilung des Knochens erfolgende Knochenneubildung sehr geringfügig ist; dass das Instrument rasch, sicher und ohne Gefahr für den Schädelinhalt arbeite, leicht transportir- und sterilisirbar und von mäßigem Preise sei. Die der Abhandlung beigegebenen Abbildungen sind wesentlich schärfere und erläutern die Art der Anwendung des Instruments besser, als die für dieses Blatt seiner Zeit gelieferten.

Kramer (Glogau).

---

7) **J. Rybalkin.** Über einen operirten Fall von Rindenepilepsie.

(Botkin's balnitschnaja gaseta 1900. No. 24. [Russisch.])

Das Bemerkenswerthe des von R. in seinem ganzen, über drei Jahre sich erstreckenden Verlaufe sehr sorgfältig beobachteten und ausführlich mitgetheilten Falles Jackson'scher Epilepsie ist die nicht traumatische, nämlich syphilitische Ätiologie. Der 35jährige Pat., welcher außer einer vor 6 Jahren überstandenen Lungenentzündung und der vor 15 Jahren erworbenen Syphilis keinerlei Erkrankungen durchgemacht hatte, bekam im März 1897 den ersten epileptischen Anfall (allgemeine Krämpfe, Bewusstseinsverlust, Zerbeißen der Zunge). Diese Anfälle wiederholten sich während des Jahres 1897 mehrmals, dazu gesellten sich Kopfschmerzen in der rechten Schläfe. Im Jahre 1898 änderte sich das Krankheitsbild in so fern, als die Krämpfe sich allmählich auf die linke Körperhälfte beschränkten, weniger intensiv waren und zuweilen ohne Bewusstseinsverlust verliefen. Unter mehrfachen Inunktionskuren und Jodkaligebrauch wurden die Anfälle seltener, sistirten zeitweilig, so dass Pat. im Oktober 1899 aus der Behandlung entlassen wurde, nachdem außer einer rechtsseitigen Neuritis optica descendens keinerlei objektive Veränderungen am Nervensystem konstatirt waren. Im November 1899 erneute Aufnahme. Nunmehr tragen die Krämpfe den typischen Charakter der Jackson'schen Epilepsie, Drehung des Kopfes und der Augen nach links, Zuckungen im linken Facialis,

linken Arme und Fuße, Paralyse der linken Hand. Zeitweise ununterbrochen Anfälle. Die im November 1899 unter Bildung eines Haut-Periost-Knochenlappens ausgeführte Schädeleröffnung ergab eine starke Verdickung und Verwachsung der Dura mit Pia und Hirnoberfläche in der Gegend des rechten Lobus paracentralis; ein Theil dieser Verdickung wird exstirpirt. Theilweise Tamponade der Wunde, Naht. Heilung per primam. In den ersten 24 Stunden nach der Operation noch 29 Anfälle, allmähliches Schwinden derselben in den nächsten Tagen, auch die Lähmungen sind am 1. December vollkommen verschwunden. Am 16. Januar 1900 starb Pat. an einer tuberkulösen Lungenaffektion, nachdem sich die Anfälle nicht wieder gezeigt hatten. Die Sektion ergab außer dem Lungenbefunde eine Pachymeningitis chronica circumscripta syphilitica hemispherae dextrae (lob. parietalis). Ostitis syphilitica cranii.

R.'s Pat. hatte 5 antisyphilitische regelrechte Kuren ohne Erfolg durchgemacht, und so beweist dieser Fall, dass auch bei Jackson-scher Epilepsie auf syphilitischer Basis unter Umständen die Operation das einzige Mittel zur Heilung sein kann; allerdings kann in diesem Falle bei der Kürze der Beobachtungsdauer nach der Operation von einer definitiven Heilung nicht gesprochen werden. Die Wiedergabe der neurologischen Feinheiten des Falles, die R. ausführlich bespricht, gehören nicht hierher. **P. Rathcke** (Berlin).

---

8) **Lexer.** Operation des Ganglion Gasseri.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 42.)

L. hat die Krause'sche Operation in der Weise modificirt, dass er nach Bildung eines Haut-Knochenlappens, dessen beide Schnittenden vor dem Ohre und seitlich vom Auge bis zu einer Linie nach unten reichen, welche den Ansatz des Ohrläppchens mit dem äußersten Ende der Augenbrauen verbindet, den Jochbogen temporär resecirt und danach die Schädelbasis bis in die Nähe des Foramen ovale und Spinosum mit der Luer'schen Zange wegnimmt. Ist die venöse Blutung sehr stark, so kann man durch steiles Aufsetzen der Pat. dieselbe wenigstens auf kurze Zeit zum Stehen bringen.

Borchard (Posen).

---

9) **F. J. Steward.** Tuberculosis of the nasal mucous membrane.

(Guy's hospital reports Vol. LIV. London, **J. & A. Churchill,** 1900.)

Vorliegende Arbeit gründet sich auf 6 selbst beobachtete und 94 aus der Litteratur zusammengestellte Fälle. Erstere erscheinen in ausführlichen Krankengeschichten im Texte, letztere in Tabellenform als Anhang. Verf. charakterisirt das Krankheitsbild folgendermaßen:

Von den 100 Fällen entfielen auf das männliche Geschlecht 41, auf das weibliche 59. Das ist auffallend im Vergleiche zur Kehlkopftuberkulose, die fast 3mal so häufig Männer, wie Frauen befällt.

Das Alter der Pat. schwankt zwischen 8 Monaten und 71 Jahren, am häufigsten ist das 10.—40. Lebensjahr vertreten, das ja überhaupt das größte Kontingent der Tuberkulose stellt.

58mal war die Erkrankung der Nasenschleimhaut primär, d. h. bei sorgfältigster Untersuchung in keinem anderen Organe Tuberkulose zu entdecken, 37mal sekundär, 5mal zweifelhaft. Weitaus in der Mehrzahl der Fälle (89 %) war das Septum Sitz der Erkrankung, und zwar 70mal allein, 19mal in Verbindung mit anderen Theilen. Fast stets war der vordere knorpelige Theil befallen und häufig der Knorpel zerstört und perforirt; sehr selten ging die Erkrankung auf das knöcherne Septum über, und nur in einem Falle war dieses allein ergriffen. Gewöhnlich beginnt die Erkrankung in der Submucosa und bleibt häufig auf diese beschränkt.

Die Krankheit erscheint entweder als einfache Schwellung oder als Ulceration, oder beide Formen finden sich kombinirt. Die Schwellung ist sehr charakteristisch für dieses Leiden und war 73mal vorhanden. Die Oberfläche der Anschwellung ist gewöhnlich glatt, manchmal körnig, die Farbe meistens blassroth, manchmal gelblich, die Konsistenz fest und elastisch. Bei Verkäsung tritt Ulceration auf. Die Größe der Schwellung schwankt zwischen der eines Hanfkornes bis zu der einer Walnuss. Die Anschwellung allein tritt häufiger bei primären Fällen auf, während die sekundären, entsprechend der herabgesetzten Resistenzfähigkeit des Organismus, mehr zur ulcerativen Form neigen. Histologisch unterscheidet sich das Leiden nicht von tuberkulösen Herden an anderen Stellen. Tuberkelbacillen finden sich bei der ulcerativen Form häufiger, bei der einfachen Schwellung fehlen sie meist.

Das Hauptsymptom ist stets Verstopfung der Nase, häufig auch findet sich schleimig eitriger oder rein eitriger, zeitweise blutiger Ausfluss. Nach Entfernung der Borken und Krusten sieht man die rosafarbene Geschwulst, vielleicht ulcerirt an der Oberfläche, oder eine roth infiltrirte, mit mehr oder weniger Geschwüren bedeckte Fläche. Geschwulst und infiltrirte Zone, so wie ihre meist injicirte Umgebung bluten leicht bei Berührung. In seltenen Fällen täuschte die besondere Wachsthumsrichtung der Geschwulst eine solche des Nasenrachenraumes oder der Orbita vor.

Differentialdiagnostisch unterscheidet sich die Affektion von tertiärer Syphilis durch die viel größere destruktive Tendenz der letzteren und den dabei bestehenden Fötor, von der Rhinitis atrophicans durch das Fehlen von Ulcerationen unter den Borken bei letzterer. Gegenüber einem Gumma oder einer bösartigen Geschwulst kann die Diagnose oft nur durch mikroskopische Untersuchung eines excidirten Stückchens festgestellt werden.

Die Behandlung hat, falls nicht anderweitige tuberkulöse Herde den Körper zu widerstandsunfähig gegenüber einem operativen Eingriffe gemacht haben, in radikaler Entfernung des Erkrankten mit kalter Schlinge oder Messer, Schere, scharfem Löffel, Paquelin etc. zu bestehen. Sind die Muscheln Sitz der Erkrankung, so sind sie zu entfernen. Recidive sind nicht selten und müssen nach denselben Grundsätzen behandelt werden. **R. v. Hippel** (Dresden).

---

10) **F. Dejardin** et **E. Gulikers.** Cure radicale de la fistule du canal de Sténon par un procédé nouveau.

(Ann. de la soc. belg. de chir. 1900. No. 8.)

Das neue Verfahren besteht darin, dass man zwischen dem hinteren Rande des Masseters und dem aufsteigenden Kieferaste einen Weg zur Mundhöhle macht und den Rest des Ausführungsganges durch ihn hindurch zur Mundhöhle führt. Ein Längsschnitt wird vom Ohrläppchen zum Mundwinkel geführt, der Kanal aufgesucht, die vorderen Drüsenpartien zurückgedrängt, der hintere Rand des Masseters freipräparirt, zwischen ihm und dem vorderen Rande des Kieferastes ein Einstich bis in die Mundhöhle gemacht, der lospräparirte Ductus stenonianus hindurchgeführt, innen angenäht und endlich die äußere Incision genäht. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

---

11) **V. Ménard.** Étude pratique sur le mal de Pott.

(Paris, **Masson & Cie.,** 1900. 452 S. 205 Abb.

M. bringt in einer Monographie eine erschöpfende Darstellung der pathologischen Anatomie, Symptomatologie und Behandlung der Spondylitis an der Hand eines reichhaltigen Materials, welches ihm im Seehospize zu Berck-sur-Mer zur Verfügung steht.

Den Hauptwerth des Buches bildet die genaue Schilderung der pathologischen Anatomie, welcher die Hälfte des Werkes und 129 inach der Natur gezeichnete vortreffliche Abbildungen gewidmet sind. Der Verf. bringt hier eine Zusammenfassung und Erweiterung seiner n den letzten beiden Jahren in der Revue d'orthopédie veröffentlichten Arbeiten. Er meint, dass nur eine Unkenntnis der tuberkulösen Veränderungen der Wirbelsäule es möglich machte, dass von einem brüsken Redressement rasche und in die Augen fallende Erfolge erwartet werden konnten.

Auf die Einzelheiten kann hier nicht näher eingegangen werden, ich will nur einige der wichtigsten Punkte der M.'schen Schilderung der anatomischen Veränderungen erwähnen. Während an der Hals- und Lendenwirbelsäule gewöhnlich eine beschränktere Anzahl von Wirbelkörpern ganz zur Einschmelzung kommen, findet sich an der Brustwirbelsäule gewöhnlich eine größere Zahl zu Grunde gegangener Körper vor, als dem äußeren Buckel entspricht. M. fand in einem Falle mit verhältnismäßig wenig ausgedehntem Buckel sämmtliche

12 Brustwirbel eingeschmolzen. Sekundär kann sich vom primären Herde die tuberkulöse Zerstörung nach oben und unten fortpflanzen, M. hat den Process vom Halse sich bis zum Sacrum erstrecken gesehen. Der Herd enthält Detritus, tuberkulösen Eiter und dazwischen mit den Fingern fühlbare Knochenkrümel.

Zu unterscheiden von der tuberkulösen Zerstörung ist die durch Druck entstehende Ulceration; dieser letzteren durch Kompression entstehenden Zerstörung kann die Therapie vorbeugen, der tuberkulösen nicht. Durch die Therapie wird häufig nur das spätere Zusammensinken hinausgeschoben.

Interessant sind die Resultate der experimentellen Studien, welche M. anstellte, indem er durch Entfernung einer oder mehrerer Wirbelkörper an Leichen künstliche Gibbositäten erzeugte. Durch Zusammenschieben und Ineinandersinken der hinteren Bogen und das Auftreten kompensatorischer Lordosen kann die Inflexion der Wirbelsäule bedeutend verringert werden. Nach M. kommt dieses Zusammenschieben durch eine Streckbewegung der Wirbelsäule zu Stande; der Vorgang kann natürlich nur dort erfolgen, wo eine physiologische Überstreckung möglich ist, also am ausgiebigsten am Halse, danach an der Lendenwirbelsäule. Es kann so durch das Zusammensinken der Bogen die Inflexion bei nicht zu ausgedehntem Körperverlust paralysirt werden. An der Brustwirbelsäule kommt das Zusammensinken der hinteren Partie der Wirbelsäule nicht zu Stande, da hier die Möglichkeit der Hyperextension kaum vorhanden ist. Desshalb finden wir gerade da die ausgedehnteste Buckelbildung, welche am stärksten im Bereiche der oberen Dorsalwirbelsäule konstatirt wird. Diese Resultate entsprechen genau den pathologischen Präparaten.

Kompensatorische Lordosen treten ohne Behandlung erst gegen Ende des Processes auf, da im entzündlichen Stadium die Muskelkrämpfe dagegen arbeiten; bei rationeller Behandlung kann jedoch die kompensatorische Lordose begünstigt werden.

M. bespricht ferner die sekundären Veränderungen, Missgestaltung des Brustkorbes, Alteration der großen Gefäße, die Bahnen der Senkungsabscesse. Die Ursache der Paraplegie war in verschwindend wenig Fällen durch direkten Druck eines Knochenfragmentes, gewöhnlich durch Druck des tuberkulösen Herdes bedingt.

Vor dem 3. Jahre ist kaum der Anfang der Konsolidation der Wirbelsäule zu erwarten, gewöhnlich tritt zuerst eine Vereinigung der hinteren Partien auf. Hyperostosenbildung hat M. nur bei Spondylitisfällen, welche lange Zeit hindurch mit Fisteln kombinirt waren, gefunden, er führt die Entstehung auf eine Sekundärinfektion zurück. Bei geschlossenen aseptischen Processen war auch nie eine Spur zu finden.

Was die Therapie betrifft, so will M. den Gebrauch des Korsetts zu Gunsten der horizontalen Rückenlagerung eingeschränkt wissen. Er führt die letztere durch Lagerung auf einer mit fixirenden Ban-

dagen versehenen Matratze, welche über dem Buckel erhöhbar ist, durch. Nur bei höheren Rücken- und Halserkrankungen wendet er noch außerdem das Lorenz'sche Gipsbett an.

Die ambulatorische Behandlung mit Korsetts findet bei einfachen Fällen, welche ohne Schmerz, Abscess oder Gefahr der Lähmung einhergehen, ausgiebige Anwendung. M. wendet das inamovible Gipskorsett an, welches bei Lenden- und unteren Brustwirbelerkrankungen in horizontaler Bauchlage bei lordotischer Stellung der Wirbelsäule angelegt wird. Bei höher sitzenden Erkrankungen kommt eine in Suspension angelegte Minerva zur Anwendung. M. will den Buckel durch supra- und infragibböse Lordosirung kompensiren. Das abnehmbare Korsett kommt erst in einer späten Periode der Heilung in Anwendung. Die ambulatorische Behandlung wird zeitweise durch Lagerung unterbrochen.

Bei der Besprechung der Geschichte des Redressements wendet M. sich energisch gegen die Calot'sche Buckeleindrückung. Sein Urtheil lautet, dass auch durch kein Faktum irgend ein Vortheil durch das Redressement bewiesen ist. Dagegen bringt er eine große Reihe von Unglücksfällen, welche die Operateure, zum großen Theil Calot selbst erlebt haben.

Abscesse werden punktirt und neuerdings mit Kampherthymol injicirt.

Bei Lähmungen hat M. durch die Laminektomie sehr häufig nicht den geringsten Erfolg gesehen. Er wendet desshalb seine schon früher beschriebene Kostotransversektomie an; indem er nach Fortnahme eines hinteren Endes einer Rippe und des zugehörigen Transversalfortsatzes an den Herd selbst herangeht und ihn drainirt. Er hat mit dieser Operation in 13 Fällen sofortigen Erfolg, in 6 Fällen nach einigen Wochen bis 3 Monaten Heilung eintreten sehen; nur in 5 Fällen war sehr späte Besserung oder Misserfolg zu verzeichnen.

So gut die Erfolge sein mögen, so wenig nachahmenswerth scheint dem Ref. die Operation zu sein, da sie einen ausgedehnten, tief gelegenen tuberkulösen Herd eröffnet, ohne auch nur im Entferntesten die Möglichkeit zu seiner Ausräumung zu bieten. M. ist sich dessen wohl bewusst, doch hat er durch die nachfolgende oft profuse Eiterung angeblich keine Schädigung gesehen. Wir möchten eher eine ausgedehntere Laminektomie vorschlagen.

Drehmann (Breslau).

---

12) **K. Port** (Nürnberg). Zur Frage der Heilbarkeit der habituellen Skoliose.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 47.)

Unter Hinweis auf die anatomischen Veränderungen der skoliotischen Wirbel zeigt P., dass unsere therapeutischen Versuche, durch Regulirung der Druckverhältnisse eine Gestaltsverbesserung der Wirbel herbeizuführen, nur dann von Erfolg sein können, wenn der Knochen noch im Wachsthume ist, dass nach Aufhören des

letzteren dagegen jeder Versuch einer Korrektion der Wirbelsäulenverkrümmung vollkommen aussichtslos sei. Dem entsprechend hält P. eine nahe an Heilung grenzende Besserung nur bei ganz jungen Individuen, etwa bis zum 8. Jahre, bei andauernder und energischer Behandlung für erreichbar und stellt die Prognose mit zunehmendem Alter der Kinder immer weniger günstig. **Kramer** (Glogau).

---

13) **Vulpius.** Der heutige Stand der Skoliosenbehandlung.
(Separatabdruck aus: Deutsche Praxis III. Jahrg. Hft. 14—16.)
München, **Seitz & Schauer,** 1900. 13 Abb. 41 S.

V. wendet sich in erster Linie an den praktischen Arzt; er will keine neue Methode empfehlen, sondern zeigen, mit welchen Mitteln und Erfolgen die heutige Orthopädie die Skoliose zu bekämpfen sucht.

Verf. glaubt, dass von einer ambulanten Behandlung wenig zu erwarten, dass vielmehr die Skoliose nur einer Anstaltsbehandlung zugängig ist. Er führt die Behandlung so durch, dass täglich 5 Stunden mit Gymnastik und Massage, $1^1/_2$ Stunde mit Extension ausgefüllt wird, dazwischen sind Pausen eingeschaltet, welche zum Aufenthalte und Spielen im Freien und zu den Mahlzeiten benutzt werden. Nachts liegen die Pat. im Gipsbette, welches, event. zweitheilig auf einem Gleitbrette befestigt, extendiren und der Torsion entgegenwirken soll. Nach der Mobilisirung der Wirbelsäule glaubt V. in dem gut sitzenden orthopädischen Stützkorsett ein Mittel zu haben, das erreichte Resultat festzuhalten. **Drehmann** (Breslau).

---

14) **Schanz** (Dresden). Über die Gipsbehandlung der Skoliose.
(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 46.)

Davon ausgehend, dass die früheren Misserfolge der Sayreschen Gipsbehandlung der Skoliose durch Fehler in der Methode bedingt waren, sucht S. zunächst die Frage zu beantworten, ob, unter welchen Bedingungen und auf welche Weise wir Nutzen von redressirenden Verbänden in der Skoliosenbehandlung erreichen können, indem er als Aufgaben der letzteren die Austilgung des skoliosirenden Processes und die Korrektion der jeweils erzeugten Deformität hinstellt. Für die Lösung der ersteren Aufgabe hält. S. die Verbände für nicht in Betracht kommend. Wenn er durch diese die Korrektion der fertigen Deformität für erreichbar erachtet, so fordert er jedoch, dass die Gipsbehandlung auf eine möglichst kurze Zeit beschränkt und nach ihr auch der Indikation der Austilgung des skoliosirenden Processes und der Verhütung des Recidives durch geeignete Maßnahmen — Stützapparat, redressirendes Gipsbett, Kräftigung der Konstitution etc. — genügt werde. In welcher Weise S. in geeigneten Fällen die Gipsverbände anlegt, ist von ihm an

anderer Stelle — s. Ref. in d. Centralblatte p. 1072 — beschrieben worden. **Kramer** (Glogau).

15) **O. Hahn.** Zur Diagnostik der malignen Strumen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVIII. p. 706.)

Verf. berichtet über 2 Fälle von bösartigem Kropf aus der v. Bruns'schen Klinik, bei welchen die Diagnose durch Probeexcision thrombosirter Venenstämme am Halse gesichert werden konnte. Wie anschließend bemerkt wird, finden sich thrombosirte Venen bei bösartigen Kröpfen gar nicht selten und dürfen schon von vorn herein als ein sehr wahrscheinliches, wenn auch nicht absolut sicheres Zeichen bösartiger Degeneration angesehen werden. Volle Gewissheit wird aber nur durch die Probeexcision gewonnen. Sie ist ein relativ unbedeutender Eingriff und hat ihre Berechtigung in allen Fällen, in welchen sonst eine sichere Diagnose einer bösartigen Struma nicht gestellt werden kann. Ein positiver Ausfall der Excision erspart zugleich einen größeren Eingriff, weil bösartige Kröpfe mit carcinomatösen Venenthrombosen nicht mehr operabel sind.

Honsell (Tübingen).

16) **E. Hertoghe.** Le myxoedème franc et le myxoedème fruste de l'enfance.

(Nouvelle iconographie de la salpêtrière 1900.)

Als Fortsetzung einer im vorigen Jahre an derselben Stelle erschienenen Arbeit giebt Verf. auf zwei Tafeln etappenweise Darstellungen von der hervorragenden Wirkung des Thyreoidin im Wachsthumsalter.

Auf die schwierige Erkennung der unausgesprochenen Formen wurde H. einmal nur durch eine auffällige Alopecie hingeleitet. Solche Alopecien verschwinden gleichfalls unter Thyreoidin in sehr kurzer Zeit.

Zur Unterstützung der Diagnose dieser nur wenig angedeuteten Formen sei es auch wichtig, die Eltern, besonders die Mütter ins Auge zu fassen. Dieselben weisen sowohl anamnestisch als bei der Untersuchung gewisse Degenerationszeichen auf, von welchen einige auf zwei Tafeln ersichtlich sind. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

17) **Donati.** Über die Anwendung des ausgezogenen Drainrohres Behufs Erweiterung natürlicher und künstlicher Kanäle des Organismus mit besonderer Berücksichtigung der Methode der »Sondirung ohne Ende« nach v. Hacker.

(Klinisch-therapeutische Wochenschrift 1900. No. 38—40.)

Ein Gummirohr wird dünner, wenn es durch Zug an den Enden ausgezogen wird, und ist bestrebt, nach Aufhebung des Zuges das ursprüngliche Volumen wieder anzunehmen, muss also, in aus-

gezogenem Zustande in enge Kanäle gebracht, allmählich dilatirend wirken. Diese Eigenschaften der elastischen Drainröhren benutzt v. Hacker seit 1884, um Fistelgänge offen zu halten und pathologische Verengerungen natürlicher Wege, wie Kehlkopf, Speiseröhre, Harnröhre, Mastdarm etc., zu beseitigen. Zu diesem Zwecke werden Gummiröhren über Metall- oder Fischbeinsonden, die mit Vaselin oder Glycerin bestrichen sind, ausgezogen und durch Umlegen der Enden in der Spannung erhalten. Nach der Einführung wird die Sonde unter Zurücklassung des Drains entfernt.

Diese dilatirende Wirkung verwendet v. Hacker bekanntlich auch bei der »Sondirung ohne Ende« der Speiseröhrenstrikturen.

In einer Schlussübersicht führt Verf. die Principien an, welche v. Hacker bei der Behandlung der Ösophagusstrikturen durchführt:

1) Die Anwendung des ausgezogenen Drains ist sowohl für die Dilatation der natürlichen Kanäle, als auch zur Vermeidung der frühzeitigen Schließung von Fisteln oder von fistulösen Gängen zu empfehlen.

2) Bei den Narbenstrikturen der Speiseröhre ist die Anwendung dieser Methode nicht nur mit sehr geringen Gefahren verbunden, sondern sie ist überdies sehr wirkungsvoll und bereitet das Terrain zur weiteren Dilatation mit den gewöhnlichen Bougies vor.

3) Bei den krebsigen Stenosen der Speiseröhre (wo die Gastrostomie nicht möglich ist oder verweigert wird) dient diese Methode zur Erweiterung der Striktur und erhöht dadurch die Möglichkeit der Ernährung.

4) Bei den narbigen Ösophagusstenosen ist die Gastrostomie, wenn die Erweiterung mit der Sondirung keine Fortschritte macht und die Sondirung gefährlich ist, immer angezeigt, auch dort, wo die Striktur durchgängig ist.

5) Bei den undurchgängigen Narbenstenosen der Speiseröhre ist die Gastrostomie stets am Platze, da bekanntlich nach dieser die Striktur durchgängig werden kann. Auf die Gastrostomie nach v. Hacker soll die Sondirung ohne Ende folgen. Um die Gefahr von Decubitus in der Gegend des Cricoidknorpels und von Entzündungsprocessen in den Luftwegen hintanzuhalten, darf das Drain nicht allzu lange Zeit in der Speiseröhre gelassen werden.

6) Bei den impermeablen Krebsstenosen ist die Gastrostomie sofort auszuführen, und zwar nach der kombinirten Methode v. Hacker-Witzel oder einer anderen Methode mit gutem Abschlusse. Auch bei noch durchgängigen krebsigen Stenosen ist der Chirurg berechtigt, die Gastrostomie vorzunehmen, namentlich sobald der Kranke sich nicht mehr im Körpergleichgewichte halten kann, da mit den heutigen Methoden eine absolute Kontinenz der Magenfistel zu erzielen ist. **Buchbinder** (Leipzig).

Kleinere Mittheilungen.

18) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

113. Sitzung am Montag, den 10. December 1900 im Kgl. Klinikum.
Vorsitzender: Herr Israël.

Vor der Tagesordnung macht der Vorsitzende der Versammlung die Mittheilung von dem vor Kurzem erfolgten Ableben des berühmten französischen Chirurgen Ollier.

Zu Ehren des Verstorbenen, der stets die engsten Beziehungen zu Deutschland unterhalten und im Jahre 1890 zum Ehrenmitgliede der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie ernannt wurde, erheben sich die Anwesenden von ihren Sitzen.

Herr Lexer: Entfernung eines großen retroperitonealen Lipomes mit Ausgang in Heilung.

Der 54jährige Pat. bemerkte angeblich erst seit Oktober v. J. ein Dickwerden seines Leibes. Anfangs empfand er nur das unangenehme Gefühl der Schwere, später traten auch Schmerzen innerhalb der Bauchhöhle auf, so dass er arbeitsunfähig wurde; schließlich wurde er sehr schwach und magerte immer mehr ab, zumal er wegen der Fülle im Leibe nur wenig Nahrung zu sich nehmen konnte. In ganz elendem Zustande wurde er in die v. Bergmann'sche Klinik aufgenommen.

Das ganze, sehr stark vorgetriebene Abdomen wurde bis zur Magengegend von einer Tumormasse eingenommen, deren Oberfläche sich zum Theil glatt, zum Theil knollig anfühlte, und die an den meisten Stellen von dicker Konsistenz war, an einzelnen Stellen Fluktuation vortäuschte. Sie hatte die Därme größtentheils nach oben ins Epigastrium gedrängt und saß an der hinteren Wand so fest, dass eine seitliche Beweglichkeit vollkommen ausgeschlossen war. In die Beckenhöhle erstreckte sich der große Tumor nicht.

Die Diagnose war natürlich großen Schwierigkeiten unterworfen. Eine Probepunktion an einer fluktuirenden Stelle in der Linea alba hatte keinen Erfolg. Auch die Incision der an der rechten Seite vorhandenen Hydrocele war in so fern ohne Ergebnis, als man den Testikel normal fand, aber auch nichts, was einen primären, hinter der Hydrocele versteckten Hodentumor als Ursache des Bauchtumors beschuldigen konnte.

Das scheinbar schnelle Wachsthum des Tumors, seine feste Verbindung mit der hinteren Bauchwand, die Abmagerung und die große Schwäche des Kranken ließen fast keinen Zweifel an der bösartigen Natur der Neubildung und verboten, zunächst wenigstens, jeden erheblichen Eingriff. Als sich aber der Kranke während eines 2monatlichen Aufenthaltes in der Klinik immer mehr erholte und kräftiger wurde, ohne dass ein Wachsthum des Tumors auffiel, unternahm L. am 5. September d. J. die Operation.

Die Vorderfläche der Geschwulst lag der Bauchwand unmittelbar an, da das Netz und der ganze Dünndarm mit seinem Mesenterium ins Epigastrium verlagert war.

Es ergab sich, dass das hintere Bauchfellblatt die Vorderfläche der Geschwulst bekleidete, und ihr Aussehen, wie ein Einschnitt in die Neubildung lehrte, dass es sich um ein Lipom handelte. Das Peritoneum wurde abzulösen versucht, doch war das nicht in der ganzen Ausdehnung des riesigen Tumors möglich. Darauf konnte aus der Mitte der Geschwulstmasse ein abgekapselter Abschnitt, der an seiner Basis einen Durchmesser von 35 cm hatte, stumpf mit den Händen aus seiner Umgebung gelöst werden, wobei größere Gefäße im retroperitonealen Gewebe gefasst und unterbunden werden mussten. Etwas leichter war die ebenfalls stumpfe Entfernung einer Kette von ähnlich abgekapselten und zusammenhängenden kindskopfgroßen Lipomen, welche wie ein Kranz die Basis des zuerst entfernten Tumors umlagerten. Ein fast mannskopfgroßes, rundliches Lipom reichte

von dieser Tumorenreihe bis nahe an die Milz, bis zu welcher sein oberer Pol den linken Abschnitt des Mesocolon transversum vorgewölbt hatte. Dieses war mit dem Tumor so fest verwachsen, dass ein Einriss bei seiner Lösung entstand, und ein größeres Gefäß im Gekröse unterbunden werden musste. Dieser Einriss wurde mit einigen Nähten verschlossen. Nach Entfernung all dieser Tumormassen konnten noch 5 hühnerei- bis faustgroße Lipome festgestellt werden, welche getrennt von einander am Ansatze des Mesenteriums, dann zu beiden Seiten des Colon ascendens und descendens ihren Sitz hatten und theilweise von kleinen kirschkern- bis nussgroßen Lipomknoten umgeben waren. Auch diese Gebilde lagen subperitoneal. Ein faustgroßes Lipom an der Außenseite des Colon ascendens wurde noch ausgeschält; alle übrigen zu entfernen war bei der Größe des bisherigen Eingriffes, trotzdem dieser erst 45 Minuten gedauert hatte, nicht rathsam. Es wurde desshalb unter Zurücklassung der kleinen Lipome die Bauchhöhle verschlossen, und zwar vollkommen, ohne Tamponade, da nirgends in der Tiefe eine blutende Stelle mehr bemerkt wurde. Die Heilung verlief glatt.

Nach 3 Wochen konnte der Pat. das Bett, bald darauf die Klinik verlassen.

Die entfernten Tumoren hatten ein Gesammtgewicht von 21 Pfund. Als Ausgangspunkt der multiplen Neubildungen ist das retroperitoneale Bindegewebe anzusehen; das Beckenbindegewebe war im Gegensatze zu dem von König jun. operirten und letal verlaufenen Falle, dessen Präparat in der Junisitzung demonstrirt worden ist, vollkommen frei.

Der vorgestellte Pat. hat sich bisher so sehr erholt, dass er leichte Arbeit wieder verrichten kann. Von den zurückgebliebenen Tumoren sind in der linken Bauchseite flache Erhebungen zu fühlen.

In der Diskussion darüber fragt Herr Israel, ob Herr Lexer das hintere Bauchfellblatt vernäht habe?

Herr Lexer: Bei der unregelmäßigen und riesigen Oberfläche ist es zu verstehen, dass das hintere Bauchfellblatt nicht vollkommen vom Tumor gelöst werden konnte. Die übrig gebliebenen Lappen des Bauchfelles legten sich von selbst über die große Wundfläche der hinteren Bauchwand, welche nur ganz wenig Nähte nothwendig machten.

Herr Baur: Untersuchungen über gonorrhoische Gelenkentzündungen.

Über diese Erkrankung liegen Publikationen vor von König, Nasse, Benecke u. A., die besonders klinische Beobachtungen brachten. Zur Klärung der Ätiologie wurden neuerdings von Wiener und italienischen Forschern auch Thierexperimente vorgenommen, die beweisen, dass das Thier nicht so unempfänglich ist, als allgemein angenommen wird. Außerdem konnte durch Gonokokken, aus einem gonorrhoischen Gelenkexsudat rein gezüchtet, in der Harnröhre des Menschen eine echte Gonorrhoe erzeugt werden.

Über den Procentsatz der in den Gelenkergüssen gefundenen Gonokokken differiren die Angaben der Autoren außerordentlich, häufig wurden auch Staphylokokken und Streptokokken gefunden, in negativen Fällen wurden die Stoffwechselprodukte als das krankmachende Agens angeschuldigt.

Desswegen stellte sich Vortr. die Aufgabe, nachzuforschen, ob thatsächlich die Gonokokken die Gelenkerkrankung erzeugen oder nicht, und wie die verschiedenen Resultate zu deuten seien.

Wegen der geringen Menge der aus den Gelenken erhaltenen Flüssigkeit verzichtete B. von vorn herein auf die mikroskopische Untersuchung und verimpfte die Flüssigkeit sofort auf Nährboden. Derselbe bestand aus Serumalbumin mit 2% Nutrosezusatz (nach Wassermann). Vor der Punktion wurde die Haut desinficirt und mit Paquelin angesengt.

Zur Untersuchung benutzte B. möglichst frische Fälle, weil die Gonokokken leicht absterben, und leicht eine Mischinfektion entsteht. Von 27 untersuchten Fällen ergaben 19 — also 60% — ein positives Resultat. In einem Falle fanden sich Staphylokokken, die als eine Mischinfektion, vielleicht auch als Verunreinigung gedeutet werden können.

B. konnte nachweisen, dass sich Gonokokken nur in »frischen« Erkrankungsfällen fanden, d. h. bis zum 6. Krankheitstage; vom 7., 8. und folgenden Tagen an waren seine Untersuchungen negativ. Daraus erklärt sich wohl, dass die früheren Untersucher bei dem negativen Ausfalle zu »alte« Fälle untersucht hatten, und dass an dem Vorkommen noch anderer Bakterienarten mangelhafte Sterilisation des Nährbodens oder sekundäre Mischinfektion die Schuld trägt.

B. hat auch die Umgebung der geschwollenen Gelenke punktirt, aber ohne Erfolg; die Schwellung ist also wohl durch die Toxine der Gonokokken bedingt. Werden Gonokokken in die Gelenke und das Peritoneum von Thieren gebracht, so werden sie unter ganz leichten Krankheitserscheinungen schnell abgetödtet. Toxine hingegen verursachen schmerzhafte Infiltration wie beim Menschen und häufig nachfolgende Versteifungen. Die Versuchsthiere sind also immun nur gegen die Gonokokken, nicht gegen deren Giftstoffe.

Die Behandlung war eine durchwegs konservative, mit guten Resultaten; die Nachuntersuchung ergab nur ausnahmsweise Ankylosen. Möglich ist, dass gleichzeitig gegebenes Jodkali und Jodipin günstig wirkten; mit Antikörpern wurden keinerlei Erfolge erzielt.

Herr Helbing: Rissfraktur des Calcaneus.

Die Schilderung der 50jährigen Pat., wie sie sich den Unfall zugezogen, ist recht charakteristisch. Auf einem Stuhle stehend, sei sie mit dem rechten Fuße nach rückwärts getreten, in dem Glauben, ihr Fuß würde beim Aufsetzen den Stuhlsitz noch erreichen. Statt dessen sei sie aber mit den Fußspitzen auf den Boden gekommen. Sogleich empfand sie einen äußerst heftigen Schmerz, war aber noch im Stande, mit dem Fuße aufzutreten.

An der Fußsohle, eben so im Abstande der Malleolen von einander und von der Sohle konnte keine Differenz gegenüber links konstatirt werden. Dagegen fand sich eine 2 cm hohe leichte Vorwölbung an Stelle des Achillessehnenansatzes, die die Furchen zu beiden Seiten der Sehne ausglich und sich teigig anfühlte.

Auf der Photographie, die 6 Monate nach dem Unfalle aufgenommen ist, sieht man an der entsprechenden Stelle jetzt eine quere Einziehung. Oberhalb dieser Geschwulst drohte ein spitzer Knochenvorsprung die Haut, die durch den Druck schon anämisch geworden war, zu perforiren. An diesem Fragmente inserirte die Achillessehne, die bei der noch aktiv möglichen Plantarflexion sich deutlich spannte. Eine Annäherung beider Fragmente war auch bei der stärksten passiven Plantarflexion nur um ein Geringes möglich. Bei der Gefahr der Durchstechung der Haut von Seiten des oberen Fragmentes und bei der geringen Funktionsstörung begnügte man sich, mit Heftpflasterstreifen einer weiteren Dislokation der Knochenfragmente entgegenzuwirken. 4 Wochen später konnte Pat. geheilt entlassen werden.

Das Skiagramm zeigt, dass die Bruchlinie unmittelbar unterhalb der Insertion der Achillessehne beginnt, in einem Winkel von 45° nach oben und vorn ausstrahlt und nur ca. $^3/_5$ des Calcaneus durchtrennt. Durch die Elasticität des Calcaneus konnte der Zugwirkung der Achillessehne gewissermaßen ihr Tribut gezollt und das obere Fragment 45° nach oben geklappt werden, ohne dass eine vollkommene Kontinuitätstrennung eintreten musste. Dieser Zusammenhang der beiden Fragmente erklärt auch die geringe funktionelle Störung.

Derselbe: Demonstration seltener retro- und properitonealer Geschwülste.

Der Ursprung derselben konnte weder durch die Operation noch durch die histologische Untersuchung sicher aufgeklärt werden.

Das 1. Präparat stammt von einer 60jährigen Pat., deren Abdomen durch starken Flüssigkeitserguss aufgetrieben war. Nach der Entleerung von $5^1/_2$ Liter wurde an anderer Seite ein kindskopfgroßer Tumor in der Unterbauchgegend festgestellt. 4 Tage nachher war das Abdomen nach erneutem Flüssigkeitsergusse wieder so hoch gespannt, dass der Nachweis des Tumors unmöglich war.

Bei der Laparotomie konnte nach Entleerung von $2^1/_2$ Liter Flüssigkeit an dem Bauche nichts Pathologisches wahrgenommen werden. Nur gelang es nicht, die rechten Uterusadnexe nachzuweisen.

Im unteren Wundwinkel fand sich nahezu in der Mittellinie ein properitoneal gelegener, apfelsinengroßer Tumor, der im Cavum Retzii sich entwickelt hatte, dem Scheitel der Blase aufsaß und keinen Zusammenhang mit dem Becken hatte.

Nach Exstirpation dieser Geschwulst ist die Pat. bis auf den heutigen Tag geheilt geblieben, insbesondere hat sich kein Ascites mehr eingestellt.

Der apfelgroße Tumor setzt sich zusammen aus einem walnussgroßen, dünnwandigen und zweitens aus einem annähernd gleich großen Tumor, dessen Wandung von einer harten Knochenschale gebildet wird und als Inhalt einen atheromähnlichen Brei besitzt.

Mikroskopisch enthält dieser Brei Cholestearin, aber keine Haare, die Knochenschale lässt keine Gewebsstruktur erkennen. Die Cystenwand lässt 3 Schichten unterscheiden.

Trotzdem, dass viele Querschnitte der Cyste untersucht wurden, fanden sich keine anderen epithelialen oder organoiden Gebilde, so dass an eine teratoide Bildung nicht gedacht werden kann. Die Cyste von Resten der Allantois resp. des Urachus abzuleiten, ist nicht angängig, da diese Gebilde zu keiner Zeit ihres Bestehens Träger von Flimmerepithelien sind. Vielleicht handelt es sich um abgesprengte Reste des Parovariums, die die Bildung der Cyste veranlasst haben.

Das 2. Präparat stellt einen retroperitonealen cystischen Tumor dar, welcher in der Gegend des Pankreasschwanzes seinen Gefäßstiel hatte, ohne dass irgend ein Zusammenhang mit dem Pankreas selbst nachzuweisen gewesen wäre.

Bei der Operation wurde, da der Tumor solide Partien aufwies, die Exstirpation beschlossen, und zwar durch das Lig. gastro-col. hindurch. Dieselbe gestaltete sich überaus schwierig. Auch riss während der Operation die Wand an einer dünnen Stelle ein, und es entleerten sich große Mengen schokoladenbrauner Flüssigkeit neben größeren, granulationähnlichen, weichen, röthlichen Gewebsmassen.

Pat. überstand diesen schweren Eingriff überaus leicht und konnte einen Monat nach demselben bereits als geheilt entlassen werden.

Die chemische und mikroskopische Untersuchung der in der Cyste vorhandenen Flüssigkeit ergab keinen Anhaltspunkt für die Natur des Tumors.

Der 3. Tumor, dessen topographische Lage Vortr. durch eine Zeichnung schematisch dargestellt hat, musste nach den klinischen Befunden als Nierentumor gedeutet werden. Um so mehr war man erstaunt, als bei der Operation nach Spaltung der Fettkapsel die linke Niere vollkommen intakt war, ihre Hilusgegend aber breitbasig und mit derselben fest verwachsen ein fluktuirender Tumor sich präsentirte. Nach ausgiebiger Freilegung des retroperitonealen Raumes wurde mit der Ausschälung der Cyste begonnen. Dabei zeigte sich, dass die kugelige, abdominelle Geschwulst nur den Ausläufer einer erheblich größeren, subphrenisch und subkostal gelegenen darstellte.

Es gelang die Ausschälung des Tumors mit Erhaltung der Niere; die Pat. erholte sich jedoch nicht mehr und starb 9 Stunden nach der Operation im Collaps. Aus der leider nur unvollständig möglichen Autopsie ging das Intaktsein der linken Niere und Nebenniere hervor.

Herr Mühsam: Über Holzphlegmone.

Charakteristisch für diese Erkrankungsform ist die holzharte Entzündung des Bindegewebes vorn und seitlich am Halse, selten an anderen Stellen des Körpers. Die Entwicklung geht langsam und ohne die sonst gewöhnlichen Erscheinungen (Ödem, Schmerzen, Fluktuation, Abscedirung) vor sich, eine Verwechslung mit einem Tumor ist leicht möglich.

Der von M. im Krankenhause Moabit beobachtete Fall war ein 35jähriger Mann, der im 17. Jahre Syphilis gehabt und jetzt wegen Bronchopneumonie aufgenommen worden war. Es entwickelte sich allmählich eine Geschwulst, die das ganze Halsdreieck bis zum Zungenbeine und Jugulum einnahm; das Ödem setzte

sich bis zum Sternum fort. Der laryngoskopische Befund war negativ. Nachdem die Geschwulst so einen Monat bestanden, stellte sich links eine Erweichung ein, aus der graugelbe, eitrige Masse ausfloss, die keine Bakterien enthielt. Trotz Incision blieb die Geschwulst bestehen, die Wunde schloss sich vollständig erst nach 9 Monaten.

Auffällig war, dass Pat. fieberfrei war, bis auf mehrmalige vorübergehende Temperatursteigerung auf 38,5.

In der Diskussion fragt Herr v. Bergmann, ob man nach Aktinomykose geforscht?

Herr Mühsam: Ja, aber man habe keine Anhaltspunkte dafür gefunden.

Herr Köhler hat mehrere ähnliche Fälle beobachtet, die unter Jodkalibehandlung ausheilten, also wohl durch Syphilis bedingt waren.

Herr Mühsam hat Jodkali ohne Erfolg verwandt.

Herr Langenbuch räth zu frühzeitigen Incisionen. Er fand in mehreren analogen Fällen doch ganz kleine Eiterherde, und nach der Incision schwand das Infiltrat.

Herr Wulff: Angeborener Defekt beider Schlüsselbeine.

Statt der Schlüsselbeine fühlt man an dem vorgestellten jungen Manne nur je eine 6 cm lange, harte Spange, die, nach dem Röntgenbilde zu schließen, nur aus Knorpel besteht. Auch der Kopf, das Gesichtsskelett und die Zähne zeigen Anomalien; die Lambdanaht tritt stark kervor, in der Gegend der Hinterhauptfontanelle findet sich eine starke Aushöhlung.

Rachitis ist nicht vorhanden, die Eltern zeigen keinerlei Defektbildung.

Derselbe: Über Gefäßzerreißungen bei Spontangangrän jugendlicher Individuen.

Bei den beiden von W. beobachteten Pat., die bis dahin völlig gesund waren, begann die Erkrankung unter dem Bilde von Neuralgien an den Beinen; die nachfolgende Gangrän machte die Amputation nöthig.

Die Nerven zeigten keine Verwachsungen mit den Gefäßen; bindegewebige Veränderungen waren nicht vorhanden, auch an den Venen fand sich, außer Thromben, die häufig organisirt waren, nichts Auffälliges.

Das Lumen der Arterien war verengt, in der Schnittfläche zeigte sich graues, sulziges Gewebe. An den verschlossenen Partien fand sich zellreiches Bindegewebe mit Lückenbildung und scholligem Pigment (Blutfarbstoff); wo das Lumen offen ist, ist die Adventitia stark gefaltet, Muscularis verdickt, anscheinend in starker Kontraktion sich befindend. Die ganz kleinen Gefäße sind normal. — Die Deutung dieser Processe ist noch nicht genügend geklärt. Winiwarter erklärt die Veränderungen als eine Endarteriitis, v. Zoege-Manteuffel als organisirte Thromben, A. Fraenkel als durch Alteration der Gefäßnerven bedingt.

Herr Israël fügt hinzu, dass die betreffenden Pat. aus Russisch-Polen stammten, dass er die Krankheit nur an Männern beobachtet und dass sie sehr starke Cigarettenraucher waren.

Zandek: Zur Topographie des Nierenbeckens.

Vortr. verbreitet sich über die Lagebeziehung des Nierenbeckens zu seiner Umgebung bei normaler Lage, bei Heterotopie der Niere, bei gerader und bei Verkrümmung der Wirbelsäule. Die Heterotopie ist angeboren oder erworben, als Wanderniere. Die Wanderniere ist jedoch nach einigen hervorragenden Autoren auch eine ursprünglich heterotop gelagerte Niere, ihre Form und Disposition darum abnorm; sie gehört dann an die sonst normale Stelle nicht hin und ist bei einer etwaigen Operation in ihre kongenitale Lage zurückzubringen.

Vortr. spricht dann über die Lagebeziehung des Beckens zur Niere selbst, so weit es an und in der Niere gelegen ist. Die Längsachse ist oft von oben centralwärts nach unten dorsalwärts gerichtet. Das Becken liegt mit seinem horizontalen Durchmesser gewöhnlich etwas, zuweilen erheblich unterhalb der Mitte

der Niere. Vortr. macht unter Demonstration einer großen Zahl von Präparaten auf die Bedeutung der Befunde für die Nephrolithotomie aufmerksam.

Sarfert (Berlin).

19) **B. N. Xolzow.** Fall von Kraniotomie wegen traumatischer intrakranieller Blutung.

(Botkin's balnitschnaja gaseta 1900. No. 10. [Russisch.])

Der 29jährige Pat. erlitt 8 Tage vor seiner Aufnahme ins Krankenhaus in sinnlos betrunkenem Zustande ein Trauma, auf welches ein schon in der Resorption begriffener unbedeutender Bluterguss in der linken Stirn-Schläfengegend hinweist. Über die Art des Traumas ist nichts zu eruiren gewesen. Das Bemerkenswerthe des Falles besteht in der 10tägigen Dauer des »lichten Intervalles«, d. h. des Zeitraumes zwischen der Verletzung und dem Eintritte der durch sie bedingten Symptome. In den ersten Tagen nach der Verletzung arbeitete Pat. noch, nur bestanden sehr starke Kopfschmerzen. Bei der Aufnahme ins Spital bestanden außer einer Verlangsamung des Pulses auf 46 Schläge keine Symptome, die auf eine intrakranielle Blutung schließen lassen konnten. Erst am 10. Tage traten diese plötzlich in Form von Bewusstlosigkeit, Krämpfen aller Extremitäten ein. Am nächsten Tage außerdem Parese der rechten Extremitäten und des rechten Facialis, erweiterte (besonders rechts) reaktionslose Pupillen. Bei der Eröffnung des Schädels an der Stelle des Traumas fand sich ein intraduraler Bluterguss, der durch kranzförmige Spaltung der Dura entleert wurde. Völlige Wiederherstellung. Im Anschlusse an diesen Fall erörtert Verf. die Diagnose der intrakraniellen Blutungen und die Bedeutung, welche dem »lichten Intervall« hierbei zukommt, die Prognose und die Technik der Operation zu ihrer Beseitigung. Wesentlich Neues bieten seine diesbezüglichen Ausführungen nicht.

P. Rathcke (Berlin).

20) **A. Ebstein.** Über Tonsillitis chronica leptotricia bei Kindern.

(Festschrift f. **Abraham Jacobi.** Knickerbocker Press, New York, 1900.)

Verf. berichtet über 5 Fälle der besonders bei Kindern seltenen Affektion. Das trockene Aussehen der festhaftenden grauweißen Beläge und die mikroskopische Untersuchung ermöglicht die Diagnose, die jedoch sehr erschwert wird, sobald Entzündungserscheinungen bestehen. Letztere hängen mit der genannten Erkrankung jedoch nicht zusammen.

Alle Art Pinselungen und Ätzungen haben sich dem Verf. als erfolglos gezeigt, höchstens Gurgelungen mit Haller Jodwasser haben vielleicht die Heilung beschleunigt.

Die Dauer der Affektion beträgt 1—2 Jahre. Verf. hebt hervor, dass in allen seinen Fällen die befallenen Mandeln vergrößert waren.

(Ref. sah bei einem 5jährigen Mädchen einen konfluirenden Belag der bezeichneten Art auf einer extrem flachen Tonsille.) **Fr. Göppert** (Kattowitz).

21) **D. Taddei.** Di un emoangiosarcoma endoteliale della tonsilla.

(Estratto dalla clinica moderna. Anno VI.)

Firenze, **Nicolai,** 1900. 23 S. 3 F.

Ein 40 Jahre alter Mann, sonst gesund, bemerkte am 20. April 1899, dass sich ein getreidekorngroßes Stück nekrotischen Gewebes von der rechten Tonsille loslöste. Innerhalb eines Monates bildete sich von Neuem eine Wucherung in derselben Gaumenmandel, die alsbald die Größe einer kleinen Nuss erreichte. Eine Probeexcision ergab Sarkom, daher radikale Entfernung der Geschwulst vom Munde aus (Prof. Burci). Tod am 2. August 1899 unter den Zeichen einer schweren Nervenläsion (Hirnmetastase [?]; Sektion nicht gestattet). Mikroskopisch zeigte die Geschwulst einen alveolären Bau. Die Geschwulstzellen waren in Haufen, mitunter in langen Strängen angeordnet. Im Centrum der ersteren waren, besonders an der Peripherie der Geschwulst, Hohlräume sichtbar, die theilweise

mit Blut gefüllt waren. Die Zellen besaßen einen epitheloiden Charakter, zeigten jedoch keinerlei Beziehungen zum Oberflächenepithel. Andererseits waren die Blutkapillaren vielfach erweitert und die Blutgefäßendothelien stark gewuchert, stellenweise doppelschichtig. T. dürfte somit nicht fehlgegangen sein, wenn er die Geschwulst den an sich immerhin seltenen Blutgefäßendothelien zuzählt, deren Lokalisation in der Mandel bis jetzt noch nicht beschrieben worden ist. (In mancher Hinsicht erinnerte diese Geschwulst den Ref. an einen von ihm [in Virchow's Archiv Bd. CLIV] mitgetheilten Fall, bei dem die alveolär gebauten Nester eine dendritische Zellanordnung aufwiesen, und wo die Geschwulst vom Hoden ausgegangen war.) **A. Most** (Breslau).

22) **L. Stephens.** A case of fatal homicidal fracture of the larynx.

(Guy's hospital reports Vol. LIV. London, J. & A. Churchill, 1900.)

2 Zigeuner gerathen in der Trunkenheit in Streit. Sie ringen mit einander, und während der Größere versucht, den Kopf des Kleineren herab zu drücken, um ihn zwischen die Kniee zu klemmen, erhält er von Letzterem einen Faustschlag gegen den Kehlkopf, fällt um und ist todt. Die Obduktion ergiebt keine andere Verletzung oder Abnormität am ganzen Körper, als eine Fraktur des rechten großen Zungenbeinhornes und des oberen linken Hornes des Schildknorpels, um beide Frakturstellen geringe submuköse Hämorrhagien.

Verf. fragt: warum starb der Mann? Kann plötzlicher Tod durch Bruch des Kehlkopfes erfolgen?

Diese Frage muss unbedingt bejaht werden (vergl. Handbuch der praktischen Chirurgie Bd. II, p. 151); der Tod dürfte durch Erstickung eingetreten sein. Im Übrigen ist zu bemerken, dass es keineswegs sicher nach der Schilderung ist, ob der Tod sofort, oder erst während des Herbeiholens des 1/4 Meile entfernt wohnenden Arztes eintrat. (Ref.) **R. v. Hippel** (Dresden).

23) **Th. Dwight.** Distortion of the aorta in Pott's disease.

(American journal of the medical sciences 1900. Oktober.)

D. fügt einem schon im Jahre 1897 an gleicher Stelle veröffentlichten Falle 2 weitere Beschreibungen und Abbildungen anatomischer Präparate hinzu, welche die manchmal ungemein hochgradigen Verzerrungen und Knickungen der Aorta bei Pott'schem Buckel illustriren. Die Fälle haben nicht nur Interesse als anatomische Kuriositäten, sondern zeigen auch, wie unter diesen Umständen schwere, manchmal plötzlich zum Tode führende Cirkulationsstörungen zu Stande kommen können. **R. v. Hippel** (Dresden).

24) **G. A. Adolphi.** Über die Beziehungen zwischen Auftreten der sog. Halsrippen und den Modifikationen des unteren Endes des Brustkorbes beim Menschen.

(Wratsch 1900. No. 45.)

A. beschreibt 4 Fälle dieser Anomalie. Im 1. Falle fand er beiderseits je eine Rippe am 7. Wirbel, im 2. und 3. nur auf einer Seite, auf der anderen fand sich eine embryonale Rippe, mit dem Körper und dem Querfortsatze des 7. Wirbels verwachsen. Das untere Ende des Brustkorbes war verkürzt: im 3. Falle reichte die linke Rippe des 14. Wirbels nicht bis zum Brustbeine. Im 1. und 2. Falle stehen die Rippen des 17. Wirbels weit vom Rippenbogen ab; im 1. und 3. Falle artikulieren die Rippen des 17. Wirbels nicht mit dem Querfortsatze, endlich ist in allen 3 Fällen die Rippe am 19. Wirbel kurz. — Im 4. Falle reichen die Rippen des 8. Wirbels nicht bis zum Brustbeine; die Rippen des 18. Wirbels artikuliren mit dem Querfortsatze, am 19. Wirbel sind die Rippen sehr lang, der 20. Wirbel hat freie Rippen. — In allen 4 Fällen sind also beide Grenzen des Brustkorbes, die obere und die untere, in gleicher Richtung verschoben.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).



25) **v. Bókay.** Beitrag zur Beurtheilung des Werthes des Barwell-schen Verfahrens bei der Behandlung der Echinococcus-Cysten. (Echinococcus pleurae).

(Festschrift f. **Abraham Jacobi.** Knickerbocker Press, New York, 1900.)

Bei einem 5jährigen Knaben mit Echinococcus pleurae spritzte Verf. innerhalb von 5 Wochen 2mal nach Entleerung von 30 ccm Flüssigkeit etwa 20 ccm einer filtrirten 1⁰/₀₀igen Sublimatlösung ein. Außer Fieber traten weiter keine Erscheinungen auf. Die Affektion heilte mit Zurücklassung eines kleinen Bezirkes relativer Dämpfung. Im Hinblicke auf seine früheren Erfahrungen (Archiv für Kinderheilkunde 1897) empfiehlt Verf. das Verfahren, trotz der anderseitig hervorgehobenen Gefahr bei Punktion intrathorakaler Echinokokkenblasen.

Fr. Göppert (Kattowitz).

26) **Ch. Cary und I. P. Lyon.** Primary echinococcus cysts of the pleura. Report of a case of primary exogenous echinococcus cysts of the pleura, showing hyaline degeneration of the cuticle without lamellation, with notes from the literature.

(American journal of the medical sciences 1900. Oktober.)

Das hauptsächlich Interessante des Falles ist bereits in der Überschrift angedeutet. Er betraf einen 31jährigen Mulatten, der bis zu seinem 21. Jahre dauernd in naher Berührung mit Hunden gelebt hatte, übrigens aber aus einer echinokokkenfreien Gegend stammte. Mit 29 Jahren Pneumonie und anschließend rechtsseitige Pleuritis; nach Entleerung von 3 Quart klarer, gelber Flüssigkeit durch Punktion Heilung, aber bei Erkältung ein »Schwächegefühl« in der rechten unteren Brusthälfte. Im Herbst 1898 wieder rechtsseitige Pleuritis, wobei etwa 3 Quart einer gelben, mit weißlicher Materie untermischten Flüssigkeit punktirt wurden. Wohlbefinden bis Herbst 1899, wo sich ein dumpfer Schmerz in der rechten unteren Brusthälfte einstellte mit Dyspnoë bei Anstrengung, so dass Pat. bis Weihnachten arbeitsunfähig war. Zugleich bemerkte er, dass sein Urin ein weißes Sediment zeigte; er musste häufiger uriniren und hatte am Ende der Miktion in die Glans penis ausstrahlende Schmerzen. Gonorrhoe geleugnet, dagegen zugegeben, dass er mit 25 Jahren ein Geschwür am Penis mit nachfolgendem fleckigen Ausschlag über den ganzen Körper und allgemeine Knochenschmerzen hatte. Seit seiner letzten Erkrankung hat er beträchtlich an Gewicht und Kräften verloren. Niemals Ikterus.

Kleiner, anämischer, krank aussehender Mann. Temp. 98,5° F., Puls 78, Athmung 24.

Inspektion der Brust ergiebt keine Vorwölbung. Athmung oberflächlich und beschleunigt. Bei der Palpation fühlt man rechts in der Axillarlinie am Ende einer tiefen Inspiration ein sehr rauhes, verlängertes, vibrirendes Reiben von höchster Intensität. Stimmfremitus in den unteren Partien bis zum 5. Interkostalraume herabgesetzt. Perkussion ergiebt deutliche Dämpfung von der 5. Rippe abwärts, in der mittleren Axillarlinie fast absolut. Obere Dämpfungsgrenze ändert sich nur wenig bei Lagewechsel. Über der Dämpfungszone kein Athemgeräusch zu hören. Am Ende der Inspiration ein rauhes, hartes, lautes Reibegeräusch in der Axillarlinie bis zur 5. Rippe hinauf. Keine Rhonchi. — Innere Organe sonst ohne Besonderheiten. Striktur der Pars membranacea und oberflächliche Ulcerationen in der Pars prostatica, Urin 1017, leicht alkalisch, viel Albumen, kein Zucker, reichlich Eiter und spärlich hyaline Cylinder. Kein Sputum.

Diagnose: abgekapselte Pleuritis exsudativa. Probepunktion: erst beim 5. Einstiche innerhalb des Dämpfungsbezirkes im 6. Interkostalraume in der vorderen Axillarlinie strohgelbe, opalescirende Flüssigkeit gefunden, die viel Cholestearinkrystalle, reichlich Eiweiß und Spuren Zucker, aber keine Tuberkelbacillen enthält.

Nach einigen Tagen Aspiration von $^1/_2$ Liter derselben Flüssigkeit, auch erst bei der 5. Punktion.

Roswell Park spricht die Vermuthung einer Echinokokkencyste aus und operirt am 24. Februar 1900. Nach Resektion mehrer Rippen findet sich die Pleura costalis stark verdickt. Nach Eröffnung derselben findet man zur großen Überraschung die Lunge vollkommen frei und ohne Adhäsionen, auch kein abgekapseltes Exsudat. Auf der Lungenoberfläche mehrere kleine, runde, opake Knötchen, wie verkalkte Tuberkel. Nur 2 Unzen blutiger Flüssigkeit können aus der Pleurahöhle entleert werden. Dagegen entfernt die in dieselbe eingeführte Hand ohne bemerkbaren Widerstand eine weiche Masse von Citronengröße, die aus einer Menge dicht mit einander verklebter Cysten besteht. Keine Fistel im Zwerchfelle zu konstatiren, Drainage. — Im weiteren Verlaufe stiegen Temperatur, Puls und Athmung langsam an, die Kräfte nahmen ab, und Pat. ging ohne weitere besondere Symptome am 4. Mai 1900 ein. Autopsie konnte nicht vorgenommen werden.

Ganz besonders bemerkenswerth ist nun das Ergebnis der Untersuchung der aspirirten Flüssigkeit und der Cysten. Erstere war schwach alkalisch, strohgelb und beim Schütteln opalescirend. Sie enthielt ziemlich viel Eiweiß, Spuren von Traubenzucker, reichlich Cholestearinkrystalle, vereinzelte rothe Blutkörperchen, einige degenerirte Fettzellen und einige runde, farblose, an Krystalle erinnernde Körper, unlöslich in HCl. Trotz tagelangen Suchens konnten keine Skolices, Haken oder Kalkkörperchen, eben so wenig geschichtete Membranfetzen gefunden werden. Specifisches Gewicht der Flüssigkeit 1026.

Die bei der Operation entfernte Masse bestand aus eng verbackenen, hirsekorn- bis kleincitronengroßen Cysten, theils leicht von einander zu isoliren, theils fest verklebt, theils auch die einen aus der Wand der anderen hervorgehend. In der größten Cyste saßen der inneren Wand einige Blasen auf, freie Tochterblasen fehlten. Im Ganzen waren es etwa 40 Cysten. Äußerlich sah die Cystenwand sehr dünn und zart, weiß und durchscheinend aus und glitzerte von eingesprengten Krystallen; durchschnitten zeigte sie keine Neigung, sich aufzurollen. Die Innenfläche zeigte eine vergleichsweise dicke, weiche, weiße Granulationsschicht, die sich sehr leicht abstreifen ließ. Die Cysten waren alle zusammengefallen und enthielten keine Flüssigkeit; in Wasser gelegt, absorbirten sie es und quollen kugelig auf.

Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die äußere Wand keine lamelläre Struktur aufwies, sondern aus einer hyalinen, strukturlosen Substanz bestand, die massenhaft Cholestearinkrystalle enthielt. Die weiche Innenschicht bestand ausschließlich aus fettigem Detritus, degenerirten Fettzellen und den gleichen Krystallen. Tagelanges Suchen nach Skolices, Haken und Kalkkörperchen blieb erfolglos. Die kleinen Tochtercysten in der größten Blase zeigten genau die gleiche Struktur.

Mit Rücksicht auf die Schwierigkeit einer sicheren Diagnose wurden noch Stücke der Cysten zur Untersuchung an Prof. Welch in Baltimore und Dr. Stiles in Washington, den bekanntesten Helminthologen Amerikas, geschickt. Letzterem gelang es nach vieler Mühe, durch Auffinden von 2 Haken die Diagnose auf Echinococcus sicher zu stellen.

Die ungewöhnlich hochgradigen degenerativen Veränderungen erklären die Verff. durch den ungemein lockeren Zusammenhang mit der Pleura und der dadurch bedingten mangelhaften Ernährung. — Primäre Echinokokken der Pleura wurden einschließlich dieses Falles erst 40mal beobachtet, als exogener ist wohl der beschriebene an seinem Wachsthumsorte ein Unikum.

R. v. Hippel (Dresden).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 7. **Sonnabend, den 16. Februar.** **1901.**

Die mechanische Behandlung der Unterleibsbrüche unter besonderer Berücksichtigung des Leisten- und Schenkelbruches.

Von

Dr. **Hermann Wolfermann** in Straßburg i/E.

Zu den häufigen chirurgischen Erkrankungen gehören bekanntermaßen die an verschiedenen Stellen der Bauchwand sich entwickelnden Hernien, und besonders ist es der äußere oder indirekte Leistenbruch, der das Interesse des Chirurgen vornehmlich in Anspruch nimmt. Dass sich das Interesse der Letzteren mit der zunehmenden Vervollkommnung der Anti- und Asepsis in den letzten Jahren mit Vorliebe diesen häufigen krankhaften Vorkommnissen zuwandte, denen man in früheren Zeiten nur bei drohender Lebensgefahr im Falle einer Einklemmung Aufmerksamkeit schenken zu müssen glaubte, ist sehr wohl gerechtfertigt, und es sind die ausgezeichneten Bemühungen mancher Chirurgen um dauernde Beseitigung der

Hernien nicht umsonst gewesen. Vgl. Zur Radikalkur der Hernien von Prof. Dr. Kocher, Bern, 1892.

Vordem hat man einen Bruch zurückzuhalten gesucht, so gut es eben ging, und gab sich damit zufrieden. Der Grund, wesshalb heute so viele Bruchleidende sich dem operativen Eingriffe unterziehen, ist nicht mit Unrecht auf Unzulänglichkeit der gebräuchlichen Bruchbänder zurückzuführen. Den von schlecht funktionirenden Bruchbändern herrührenden Unbequemlichkeiten und Unzuträglichkeiten will Mancher gern aus dem Wege gehen.

Bei der enormen Frequenz besagten Leidens aber bleibt dem wissenschaftlichen Professionisten noch ein gut Stück Arbeit übrig, auf palliativem Wege helfend beizustehen, und es haben sich Letztere, wie der Chirurg in operativer Hinsicht, durch Erfindung technischer Hilfsmittel zu vervollkommnen gesucht.

Nachdem es feststeht, dass ein Bruch operativ gründlich ohne Aussicht auf Recidiv geheilt werden kann, bleibt die Frage zu beantworten: Auf welche Weise kann den Pat. geholfen werden, die nicht zur Operation kommen, sei es aus Messerscheu, sei es aus anderweitigen Gründen, z. B. hohen Alters oder irgend welcher Organerkrankung wegen, welche Gründe die Operation als unthunlich erscheinen lassen.

Dem Chirurgen, wie überhaupt dem praktischen Arzte soll ein Bruchband zur Verfügung stehen, dessen er sich in jedem vorkommenden Falle bedienen und auf das er sich verlassen kann auch in Fällen ausgeführter Radikaloperation, bei denen der nachherige Gebrauch eines solchen wünschenswerth erscheint.

Von dem Grundsatze ausgehend, dass nur die einer gehärteten stählernen Feder innewohnende Elasticität, auf bestimmte Stellen der Bauchwand drückend im Stande sei, dem Andrange der einen Weg nach außen suchenden Darmabschnitte wirkungsvoll entgegenzutreten, muss eine solche Feder so vorzüglich konstruirt sein, dass sie sich im offenen Zustande im jeweiligen Falle der sich darbietenden Beckenkonfiguration genau anpassen lässt, d. h. dass sie besonders dem Beckendurchmesser in sagittaler Richtung entspricht. Ist dies der Fall, so schmerzt der Druck weder vorn an der Angriffsstelle, d. h. dem Leistenkanale, noch hinten am Kreuzbein, als am Stützpunkte der Feder.

Wesshalb ich speciell dem Federbruchbande das Wort rede, findet seine Erklärung darin, dass federlose Bandagen ihren Zweck vollständig verfehlen, wenn es sich um eine wirklich ausgebildete Hernie handelt (für Schenkelbrüche gänzlich unbrauchbar). Das federlose, auch Gürtelbruchband darf mit Fug und Recht als mechanischer Unsinn bezeichnet werden. Da der direkte oder innere Leistenbruch seltener beobachtet wird, der äußere oder indirekte, d. h. der den Leistenkanal passirende hingegen den weitaus größten Procentsatz aller Hernien darbietet, so kann als praktische Pelottenform, um eine wirksame und sichere Kompression des Leistenkanals

zu erzielen, nur die longitudinale, im Verlaufe des Poupart'schen Bandes andrückende als die einzig zweckmäßige in Frage kommen.

Durch die Kompression des Leistenkanals werden dessen Wandungen an einander gepresst, besonders die vordere an die hintere, wodurch ein Abschluss erzielt wird und die freie Kommunikation zwischen Bauchraum einerseits und dem Scrotum resp. Labium andererseits, welche Kommunikation durch den dilatirten Leistenkanal hergestellt war, aufhört.

Auf diesem Zusammenpressen der Wandungen des Leistenkanals beruht die Kunst, einen auch sehr großen Scrotal- oder Labialbruch unter Vermeidung allzustarker Druckkraft zurückzuhalten, vorausgesetzt, dass der Bruch ganz reponirbar, und eben so wohl die Thatsache, viele Hernien, selbst nach langem Bestehen und auch im vorgeschrittenen Alter zur Heilung zu bringen.

Seit meiner Publikation »Leistenbruchband« im Centralblatt für Chirurgie (Jahrg. 1896 No. 15) ist mir die Gelegenheit sehr oft geboten gewesen, eine prompte Heilung von nach meinem Verfahren Behandelten konstatiren zu können, und nicht etwa vorübergehenden, sondern dauernden Erfolges.

Es wird aber mit keiner anderen Pelottenform möglich sein, zu ähnlichen Resultaten zu gelangen, weil die Pelotten der gewöhnlich zum Verkaufe ausliegenden Bruchbänder so beschaffen sind, dass sie mittels der Federspannung den Hauptdruck auf die Austrittsöffnung ausüben. Eine Pelotte, deren Höhe oder Hauptdruckpunkt am medianen Ende, also nach der Symphyse gerichtet, liegt, flacht sich in der Regel nach dem Federhalse zu, also lateralwärts, ab und trifft den Leistenkanal nicht oder doch nur unvollkommen, wesshalb Bruchsack und Eingeweide in demselben eingelagert sein können. Die Unzulänglichkeit noch so mancher anderer Systeme zu beleuchten, halte ich für überflüssig; jeder aufmerksame Beobachter und Praktiker wird meine Auffassung theilen.

Bruchheilung durch angewandten Druck kann bei vollkommener Reposition auf 2 Arten zu Stande kommen.

1) Ein seines Inhaltes dauernd entleertes dilatirt gewesenes Rohr, aus elastisch kontraktilem Gewebe bestehend, wird sich vermöge der Kontraktilität (Musc. obliqu. ext. und int. und Musc. transv. abdom.) seiner Wandung allmählich zusammenziehen, es wird das Lumen desselben ein kleineres werden. Je stärker der Muskeltonus, um so leichter und rascher die Heilung. Dies der eine Vorgang.

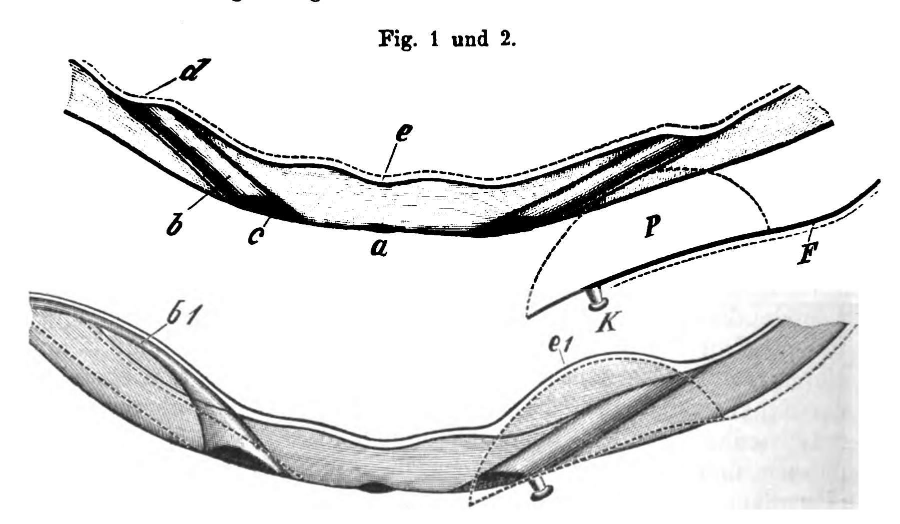
2) Der andere ist begünstigt durch das Verhalten der Fascia transversa zum Samenstrange. Bekanntermaßen ist die Fascia transversa durch die innere Öffnung des Leistenkanals nicht durchbrochen, sondern nur trichterartig eingestülpt und schickt einen Fortsatz (Proc. vag. fasc. transv.) abwärts, welcher als eine dünne Membran den Samenstrang begleitet und einhüllt. Längs des Samenstranges bis zur Tunica vag. prop. testis lässt sich der Proc. vag. fasc. transv.



als durchgängiger Kanal darstellen (Joessel, Lehrbuch der topogr.-chirurg. Anatomie).

Indem man nun mit einer gewissen Kraft den Leistenkanal von außen her belastet, resp. zusammendrückt, reizt man die bindegewebige im Leistenkanale verlaufende Fasc. transversa und etablirt in ihr eine Entzündung, deren Resultat bei längerer Reizung eine partielle Verklebung sein wird als bindegewebige Verdichtung. Ich glaube mit dieser Vermuthung nicht fehl zu gehen. Berichte von Pat. über aufgetretene Schmerzhaftigkeit unter der Pelotte bei jeglichem Fehlen äußerlicher Hautläsion bestärken meine Auffassung. Zur Erzielung einer Heilung darf selbstverständlich das An- und Ablegen des Bruchbandes, so wie eine vorzunehmende Waschung nur in Rückenlage vorgenommen werden.

Fig. 1 und 2.

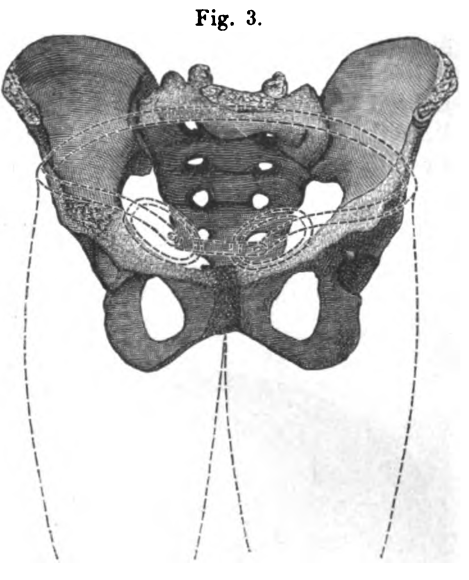


In allen Fällen aber, wo ich einen solchen Heilungsvorgang konstatiren konnte, auch bei später erfolgter Obliteration des Proc. vag. peritonei, ließ ich mein Bruchband mit geringerer Druckkraft noch einige Monate tragen unter beständiger Beobachtung des An- und Ablegens desselben im Liegen. Eine solche partielle Verklebung scheint wirklich im Stande zu sein, dem durch die Bauchpresse auf die Eingeweide erzeugten Drucke, auch wenn derselbe durch forcirte Muskelkontraktionen oder starke Respirationsbewegungen gesteigert wird, Widerstand zu leisten.

Die Heilung des Leistenbruches ist, auch wenn derselbe sich bereits zu einem Scrotal- oder Labialbruche ausgebildet hatte, eine unumstößliche Thatsache und kann in jedem Lebensalter sich vollziehen. Ich hatte Gelegenheit, das vollständige Zurückbilden einer faustgroßen Scrotalhernie bei einem 70-Jährigen nach 6monatlicher Behandlung konstatiren zu können. Bei relaxirten Bauchdecken hat man nichts zu erwarten.

Wie oben bemerkt, verwende ich zur wirksamen Kompression des Leistenkanals die longitudinale Pelottenform (s. Fig. 4), und ist deren nach der Bauchwand gekehrte Konvexität derart gestaltet, dass der höchste Punkt derselben an der **lateralen** Seite, der Bauchöffnung des Leistenkanals entsprechend, liegt, im Gegensatze zu anderen Bruchbandagen. Warum dies so sein muss, ist aus Fig. 1, einer schematischen Darstellung des Verlaufes des Leistenkanales durch die vordere Bauchwand, ersichtlich. *a* Symph. op. pub., *e* Peritoneum, *b* Leistenkanal, *c* Leisten, *d* Bauchöffnung des letzteren bezeichnend.

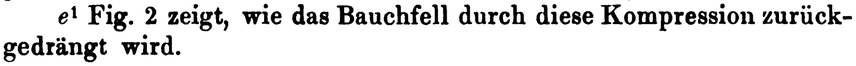
Fig. 3.



Die vordere Wand des Leistenkanals wird durch das tiefere Eindringen desselben nach außen zu immer dicker, indem sie anfänglich bloß aus der Aponeurose des äußeren schiefen Bauchmuskels, später, wenn der Leistenkanal unter die unteren Ränder des inneren schiefen und des queren Bauchmuskels getreten ist, auch durch diese beiden Muskeln zusammengesetzt wird.

Will man somit den Kanal mit Erfolg komprimiren, so muss man sich streng an die gegebenen anatomischen Verhältnisse halten.

In Fig. 1 rechts ist dargestellt, wie die Pelotte auf den Leistenkanal aufgesetzt wird.



*e*¹ Fig. 2 zeigt, wie das Bauchfell durch diese Kompression zurückgedrängt wird.

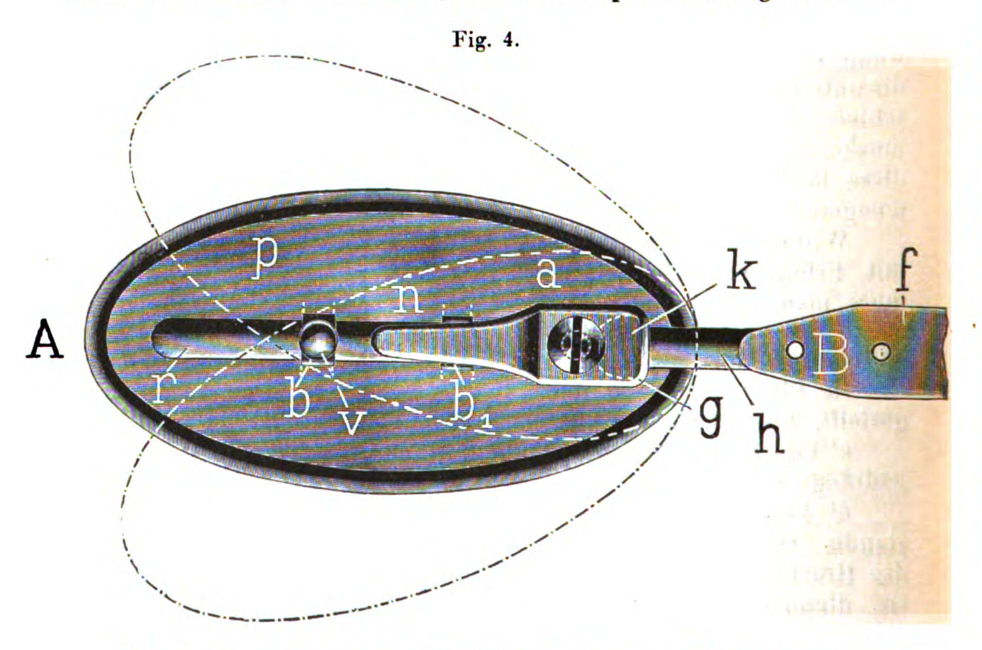
*b*¹ Fig. 2 zeigt den Leistenkanal im zusammengedrückten Zustande. Die Stellung der Pelotte in Fig. 1 lehrt, dass bei Anlegung des Bruchbandes auf die Leistenöffnung keine Rücksicht genommen ist, dieselbe vielmehr in Folge Abstehens des medianen Pelottenendes unbedeckt bleibt.

Fig. 3 stellt das Becken mit umgelegtem doppelseitigen Leistenbruchbande dar, woraus hervorgeht, dass die longitudinale Pelottenform den Raum zwischen Tuberculum pub. und Spina ant. inf. oss. ilei in Anspruch nimmt, nicht auf, sondern über dem horizontalen Schambeinaste ruhend, der Richtung des Poupart'schen Bandes folgend. Die Stellung der Pelotte zum Federhalse kann nicht immer dieselbe sein; die Höhe und Breite des Beckens ist für dieselbe maßgebend. Im Allgemeinen wird die Pelotte am weiblichen Becken eine mehr der horizontalen sich nähernde Lage einnehmen müssen, als am männlichen. Man darf nicht unbedingt voraussetzen, dass

die Retention in jedem Falle gleich bei der ersten Anpassung eines auch noch so kunstgerecht angefertigten Bruchbandes gelinge, so dass ein Austritt überhaupt nicht mehr stattfinden kann.

Ich gebe dies, nachdem ich im Laufe der Jahre mehrere Tausend der verschiedenartigsten Brüche behandelt habe, gern zu. Es giebt Fälle, bei denen man eine regelrechte Behandlung einleiten muss. Wie oben gesagt, muss auf Verkleinerung der Durchtrittspassage hingearbeitet werden. Man bekommt alte große Scrotal- und Labialhernien mit mehrere Fingerspitzen durchlassender äußerer Bruchpforte und in Folge des Austrittes aus der schrägen in die gerade Richtung gezogenem Leistenkanale zu Gesichte, oder es sind Brüche abnorm korpulenter Individuen mit Fettvorlagerungen aus der subserösen Fettschicht oder angewachsene Netzpartien, die bei solch korpulenten Leuten nach stattgehabter scheinbarer Reposition sofort unter dem Bruchbande heraustreten. In solchen Fällen hat man von einem Bruchbande nichts zu erwarten; hier ist der operative Eingriff indicirt.

Fig. 4.



Wenn ich auch mit den Resultaten des von mir im Centralblatt für Chirurgie (Jahrg. 1896 No. 15) beschriebenen Bruchbandes im Princip zufrieden sein durfte, wurde ich bei der Mannigfaltigkeit der vorgekommenen Fälle doch auf Unzulänglichkeiten aufmerksam, die zu beseitigen ich mich bestrebte. Soll eine mit einer Bruchbandfeder in Verbindung gebrachte Pelotte jedem einzelnen Falle angepasst werden können, so darf diese Verbindung keine unlösliche sein, sie muss sich vielmehr scharnierartig gestalten. Dass dabei nur ein Kugelgelenk in Betracht kommen kann, war mir sofort klar, weil in einem solchen so viele Bewegungen ausführbar, als Achsen denkbar sind.

Damit wäre der Indikation Genüge geleistet. Die praktische Ausführung jedoch gestaltete sich schwieriger, weil es darauf ankam, bei absoluter Zuverlässigkeit möglichst wenig Raum zu beanspruchen.

Soll mithin ein Bruchband den Anforderungen ganz entsprechen, so muss die Möglichkeit geboten sein, die Pelotte genau der Leistengegend anpassen zu können. Die bisher gebräuchlichen Konstruktionen genügten dieser Forderung nicht, so dass die Nothwendigkeit sich ergeben hat, die aus Fig. 4 und 5 ersichtliche Vervollkommnung eintreten zu lassen; auch die von mir im Jahre 1896 angegebene Pelotte war nur in einer Richtung drehbar.

Fig. 5.

Fig. 4 zeigt die Vorderansicht der verstellbaren Pelotte sammt Stellzeug. Fig. 5 den Grundrissschnitt *A—B* des letzteren ohne eingeschaltete Pelottenplatte.

Aus der Pelottenplatte *p* (Fig. 4), die mit Leder überzogen und mit hier nicht gezeichneter Polsterung versehen ist, werden zunächst 2 Brücken b b^1 so ausgestanzt, dass sie in der etwas federnden Ausbauchung den Schieber *r* führen, damit derselbe in der Richtung der großen Achse der Ellipse verschoben werden kann. Dieser Schieber erhält in der Lage der Pelotte in Fig. 4 an seinem rechtsseitig verbreiterten Ende eine Kugellageraussparung und eine Schraube *a*, die geeignet ist, die Zange *g* gegen den Schieber *p* festzuklemmen. Die Zange bildet gleichsam einen zweiarmigen Hebel, der mit dem unten feilenartig behauenen Schnabel *n* auf die Brücke b^1 drückt und den Schieber *r* nach erfolgter Einstellung gegenüber der Pelotte festlegt, wenn die Schraube *a* angezogen wird. Diese Schraube stellt aber auch eine Verbindung des Federhalses *h* mit der Pelotte her, indem die Aussparung in *g* mit derjenigen im Schieber *r* eine Lagerung für die gerauhte Scharnierkugel *k* bildet.

Nach Lösung der Schraube *a* kann also die Pelotte gegenüber dem Federhalse j e d e in einem Kugelgelenke denkbare Stellung einnehmen; dieselbe kann mit ihrem elastischen Druckkissen genau der Bruchstelle und dem Verlaufe des Leistenkanals angepasst werden,

während sodann die Stellung durch Anzug der Schraube *a* fixirt wird. Die Einrichtung der Brücken *b* b^1 ermöglicht die Einschaltung verschiedener Pelottengrößen in den Schieber *r*, so wie eine Vor- und Rückwärtslagerung der jeweiligen Pelotte. Diese Verstellbarkeit der Pelotte ermöglicht es dem Arzte, der in die Lage kommt, Bruchbänder anlegen zu müssen, ein solches mit Leichtigkeit und größter Genauigkeit dem Pat. anzupassen.

Sehr viel schwieriger als beim Leistenbruche gestaltet sich oft die korrekte Lagerung eines Bruchbandes bei der Hernia cruralis. Legt sich beim Leistenbruche die Pelotte in allen Körperlagen in die weiche, nachgiebige, oberhalb des Poupart'schen Bandes gelegene Regio inguinalis hinein, so ist dies beim Schenkelbruche, besonders wenn er bereits durch eine Öffnung der Fascia cribrosa herausgetreten ist und somit direkt unter der Haut liegt, nicht so leicht der Fall.

Die Bewegungen beim Gehen, Sitzen und Bücken verschieben die Pelotte allzu leicht, was natürlich einen Austritt der Hernie unter derselben zur Folge haben kann.

Die Verstellbarkeit der Pelotte mit dem elastischen Druckkissen ist beim Schenkelbruche mindestens eben so angezeigt, als beim Leistenbruche. Ist die Hernie im Beginne, d. h. eben durch die Fovea femoralis oder den Annulus femor. int. in den Schenkelkanal eingetreten, so wird die Richtung der Pelotte zum Federhalse *h* eine andere sein müssen, als wenn der Bruch schon tiefer herabgerückt ist oder eine Öffnung der Fascia cribrosa bereits passirt hat. Wie im letzteren Falle die Pelotte gelagert sein muss, erkennt man aus der Richtung der Fossa ovalis; sie wird demnach eine mehr senkrechte Stellung beanspruchen, während die beginnende Hernie eine Lagerung erfordert, die sich dem Verlaufe des Poupart'schen Bandes nähert, natürlich unterhalb desselben liegend. Die Schmiegsamkeit der Pelotte am Federhalse erlaubt jede gewünschte Winkelstellung. Weil beim Schenkelkanale muskuläre Gebilde fehlen, deren Zusammenziehung einer Heilung dienlich sein könnte, ist letztere wahrscheinlich ein seltenes Vorkommnis; denkbar wäre nur eine durch den permanenten Reiz eines Bruchbandes hervorgerufene Verdichtung des konstant im Schenkelkanale eingelagerten, die Gefäße umhüllenden lockeren Bindegewebes, wodurch die Hernie am weiteren Herabgleiten verhindert würde.

Ich hielt es für zweckmäßig, manches die Regio inguinalis Betreffende, was ich schon in der vorhergegangenen Arbeit gesagt habe, zu wiederholen. Ohne gründliche Kenntnis der Anatomie der Leistengegend und speciell der hinteren Seite der Bauchwand wird man sich kaum einen Begriff von der Entwicklung eines Bruches machen können, und es ist desshalb auch erklärlich, dass so viele Fabrikate angepriesen werden, denen man die Unwissenheit des Erstellers auf den ersten Blick ansieht.

Das von mir jetzt beschriebene Bruchband ist im Deutschen Reiche patentirt seit dem 8. April 1900.

Jedes einzelne meiner Fabrikate trägt die Patentnummer 117386.

---

1) **Poncet** et **Dor.** La Botryomycose. Champignons de castration du cheval et tumeurs framboesiformes, pédiculées, des doigts et de la main chez l'homme.

(Achives génér. de méd. T. III. 1900. Februar und März.)

Verff. betonen besonders entgegen der Ansicht anderer Autoren, dass sie die Bakterien der Botryomykose als Bacterium sui generis und als nicht identisch mit den Staphylokokken betrachten. Sie hatten bereits im Jahre 1897 nachgewiesen, dass gewisse entzündliche Papillome des Menschen Botryomycesbakterien, wie sie Bollinger beschrieben, enthielten. Seitdem hatten Verff. Gelegenheit, noch eine Anzahl derartiger, vom Menschen stammender Geschwülste gründlich bakteriologisch und mikroskopisch zu untersuchen, und fassen auf Grund dieser Untersuchungen ihr Urtheil folgendermaßen zusammen:

Bei dem sog. Kastrationsschwamm der Pferde, der Botryomykose, findet man ausgereifte Bakterienhaufen, die man mit dem Namen Botryomyces belegt hat. Die gleichen Massen findet man in den von P. und D. unter dem Namen der menschlichen Botryomykose beschriebenen Geschwülsten. In den aus diesen Geschwülsten hergestellten Kulturen erscheint der Parasit als ein 100mal kleinerer Coccus und zeigt manche Ähnlichkeiten mit dem Staphylococcus. Man nennt ihn Botryococcus. In der That gleicht dieser Coccus, was Volum, Farbe und sein Verhalten Farbstoffen gegenüber, sein Wachsthum auf Agar und Kartoffeln, auf Bouillon und Serum anbetrifft, dem Staphylococcus. — Er unterscheidet sich jedoch von ihm durch sein Wachsthum in der Stichkultur, wo er eine tulpenförmige charakteristische Verflüssigung der Gelatine bewirkt, wobei letztere vollständig klar bleibt. Eine weitere Eigenthümlichkeit der Kultur besteht darin, dass sie bei 37° ihre gelbe Farbe verliert und weiß wird.

Beim Pferde producirt der Staphylococcus niemals gelbe Körner und erzeugt niemals, wie das Experiment ergeben hat, eine Neubildung, die Ähnlichkeit mit der Botryomykose hätte. Der Botryococcus allein ist im Stande, die charakteristische Krankheit hervorzurufen. Die durch den Botryococcus producirten Geschwülste bezeichnen Verff. als Fibroadenome. Es handelt sich dabei nicht um wirkliche Geschwülste, sondern um entzündliche Neubildungen.

(Die Krankheit hat in so fern chirurgisches Interesse, als sie mitunter bei Leuten, die mit Pferden beschäftigt sind, auftritt. Es

bilden sich hierbei kleine charakteristische, gestielte Geschwülste, die meistens ihren Sitz an den Fingern und an der Hand haben. Ref.)

Longard (Aachen).

---

2) **Sabrazès** et **Laubié.** Non spécifité de la botryomycose.

(Arch. génér. de méd. 1899. November.)

Es handelt sich um 2 klinisch beobachtete Fälle von kleinen polypösen gestielten Geschwülsten (an Hand und Finger) bei Kranken, die sich nie mit Pferden beschäftigt hatten. Beide Male konnten Verff. den Staphylococcus aureus als den wahrscheinlichen Urheber des Leidens nachweisen. Verff. führen ihre Fälle als Beweis gegen die Botryomykose als specifische Krankheit an, ohne allerdings Experimente an Pferden vorgenommen zu haben. In den Eiterherden präsentirt sich der Staphylococcus aureus als Konglomerat von Bakterien. Dieses Konglomerat halten Verff. für identisch mit dem Botryomyces.

Longard (Aachen).

---

3) **L. Brocq.** La question des eczémas.

(Ann. de dermat. et de syphil. 1900. No. 1—3.)

Aus der ausführlichen und specialistisch hochbedeutenden Arbeit sei als allgemein interessirend Folgendes angeführt: Zum Entstehen eines Ekzems sei als conditio sine qua non anzunehmen eine besondere Disposition oder Prädisposition der Haut. Die zahllosen ursächlichen Faktoren theilt Verf. in 6 Gruppen: 1) Traumatische Einwirkungen; 2) Intoxikation durch Ingesta; 3) Autointoxikation und Arthritismus; 4) Affektionen innerer Organe; 5) nervöse Störungen; 6) allgemeine Veränderungen des Organismus.

Die parasitäre Natur des Ekzems ist auch für den Verf., natürlich gewisse Fälle ausgenommen, bisher nicht als bewiesen zu betrachten.

V. Klingmüller (Breslau).

---

4) **Scholtz** et **Raab.** Recherches sur la nature parasitaire de l'eczéma et de l'impetigo contagiosa.

(Ann. de dermatol. et syphil. 1900. No. 4.)

Vorliegende Arbeit aus der Neisser'schen Klinik kommt zu folgenden Ergebnissen: Bei 60 Fällen von Ekzem (50 davon banale Formen) wurde in den Bläschen, Pusteln oder in der unter den Schuppen und Krusten befindlichen Flüssigkeit der Staphylococcus pyogenes aureus fast regelmäßig in Reinkultur gefunden. Aus den Untersuchungen geht hervor, dass er nicht nur in den obersten Schichten der Epidermis vorhanden zu sein scheint. Kontrolluntersuchungen über die Bakterienflora der normalen Haut und nicht ekzematöser Hautkrankheiten zeigten, dass der Staphylococcus hier nicht so häufig und konstant ist wie beim Ekzem. Er unterscheidet sich in nichts von den Staphylokokken anderer Provenienz (Kultur, Virulenz, Thierexperiment). Den Verff. glückte es wiederholt, mit

Staphylokokken ekzemartige Dermatosen am Menschen (und zwar an mehreren Assistenten der Klinik) experimentell zu erzeugen.

V. Klingmüller (Breslau).

---

5) **Heidingsfeld.** Leukopathia unguium.

(Journ. cutan. et genito-urin. diseases 1900. November.)

Die milchweiße punkt- oder strichförmige oder gänzliche Verfärbung der Nägel beruht auf einer pathologischen Strukturveränderung einzelner Nagelzellen, welche gehindert werden, die normale, physiologische Verhornung durchzumachen.

Die Ursache der Verhinderung kann sein: Trauma (besonders häufig stumpfe Instrumente, welche zum Zurückstreifen des Nagelfalzes benutzt werden), Ernährungsstörungen, fieberhafte Erkrankungen, Neurosen. Die Entwicklungshemmung befällt bereits die Matrixzellen nnd verhindert die normale Umwandlung in Dauer-Nagelzellen. Die mikroskopischen Befunde lassen das Vorhandensein von Luftblasen, welche man früher als Ursache der Verfärbung ansah, mit Sicherheit ausschließen.

Chotzen (Breslau).

---

6) **J. W. Kime.** Light as a remedial agent.

(New York med. record 1900. Oktober 13.)

Je mehr die Begeisterung des großen Publikums für die Lichtbehandlung aller möglichen Erkrankungen wächst und von geschäftskundigen Ärzten genährt wird, desto weniger erfreut die Lektüre zahlreicher Publikationen wegen der oft absoluten Kritiklosigkeit bei der Applikation dieser Form von Kraft und legt den Wunsch nahe, dass endlich einmal systematisch, wie in Kopenhagen, auch bei uns der Forscher vor dem Spekulanten das Wort haben möge. In vorliegendem Artikel ist zwar auch viel Muthmaßliches, z. B. die »möglicherweise verbesserte Phagocytose«, die »Anregung größerer Thätigkeit der vitalen Kräfte durch den irritirenden Lichtstrahl etc.«, enthalten, jedoch hat Verf. in ganz hübscher Weise nachgewiesen, dass der Lichtstrahl den menschlichen Körper ganz durchdringt und dann noch chemisch wirksam bleibt. Unter allen Kautelen wurden auf dem Rücken eines von vorn mit blauem Lichte beleuchteten Mannes photographische Reproduktionen entwickelt.

Loewenhardt (Breslau).

---

7) **H. G. Piffard.** Some applications of static electricity in dermatology.

(New York med. record 1900. Oktober 20.)

Mit »hochgespanntem oscillirenden Strome« hat P. chronisches Ekzem, Akne rosacea, Pruritus, Pityriasis capitis, seborrhoisches Ekzem und Seborrhoea oleosa schneller als früher zur Heilung gebracht. Kritik und Beweise werden nicht angeführt.

Loewenhardt (Breslau).



8) Nobel. Ergebnisse der chirurgisch-plastischen, so wie anderer Methoden der aktuellen Lupustherapie.

(Centralblatt für die gesammte Therapie 1900. Hft. 4 u. 5.)

In vorliegender Arbeit werden die verschiedenen therapeutischen Maßnahmen gegen Lupus in eingehender Weise einer Kritik unterworfen. Im ersten Theile bespricht Verf. die chemisch wirkenden Zerstörungsmittel, die Verwerthung der Hitze und die Elektrolyse. Diese Versuche haben meist nur einen vorübergehenden Erfolg erzielt. Eben so sind die Hoffnungen, welche man auf die Tuberkulinbehandlung gesetzt hatte, trügerische gewesen; auch die Berichte über das neue Tuberkulin R sind nicht sehr ermuthigend. In ähnlicher Weise ist es der Kalomeltherapie ergangen.

Besonders ausführlich wird die Bestrahlung von Lupus mittels Röntgenstrahlen behandelt; zu einem abschließenden Urtheile könne man aber erst kommen, wenn nach längerer Zeit Dauerresultate beobachtet seien. Immerhin beanspruche diese Behandlung große Geduld von Seiten des Arztes und des Kranken; schwanke doch nach den neuesten Mittheilungen von Schiff und Albers-Schönberg die Behandlungsdauer zwischen 20 und 150 Sitzungen. Ganz eben so stehe es mit der Lichtbehandlung nach Finsen. Eigene Erfahrungen stehen Verf. in dieser Beziehung nicht zu Gebote.

Im zweiten Theile kommt Verf. dann auf die rein chirurgische Therapie des Lupus zu sprechen, die Excision desselben im gesunden Gewebe, wie sie besonders von Eduard Lang in zahlreichen Veröffentlichungen empfohlen worden ist. Diese Methode wird vom Verf. warm vertreten, die Deckung des entstandenen Defektes wird entweder durch Naht resp. Plastik oder durch Transplantation nach Thiersch oder mit ungestielten Hautlappen nach Krause bewirkt. Es soll stets etwa $^1/_2$—1 cm breit in der gesund erscheinenden Randschicht exstirpirt werden; von einer energischen Desinfektion der Wundflächen soll man unbedingt Abstand nehmen, da die Anheilung der Läppchen dadurch gefährdet wird. Von der Schleich-schen Infiltrationsanästhesie macht Verf. keinen Gebrauch mehr, weil die ödematöse Durchtränkung des kutanen und subkutanen Bindegewebsnetzes für die Anheilung der Hautläppchen nicht zuträglich war, und weil auch die künstliche Blähung und Auflockerung und die vielfachen traumatischen Schädigungen der zu überpflanzenden Haut schädlich waren. — Verf. hat auch histologische Untersuchungen anstellen können an Hautstücken, welche nach Thiersch oder Krause überpflanzt waren. Die Einzelheiten mögen im Originale nachgelesen werden. — Im Ganzen ist Verf. 30mal auf diese Weise vorgegangen. Zum Schlusse theilt er die ausführlichen Krankengeschichten von 20 länger beobachteten Fällen mit. Bei diesen ist die Deckung des Defektes 12mal nach Thiersch, je 4mal durch Naht oder mit stiellosen Hautlappen ausgeführt. Der Arbeit sind 8 Abbildungen von Kranken beigefügt.

Tschmarke (Magdeburg).

---

9) M. A. Wasiliew. Die Traumen der männlichen Harnröhre. II. Theil.

Berlin, **August Hirschwald**, 166 Seiten und 20 Abbildungen.

Über den I. Theil dieses Buches ist im Centralblatt f. Chirurgie 1899 p. 1044 referirt. Der vorliegende II. Theil behandelt in Kapitel V die durch stumpfe Gewalt erzeugten Wunden der Harnröhre, in Kapitel VI deren Verletzungen bei Einklemmungen des Gliedes. Im Wesentlichen enthält die Arbeit nichts als eine Sammlung einschlägiger Krankengeschichten. **Brunner** (Zürich).

---

10) J. A. Fort. Traitement des rétrécissements par l'électrolyse linéaire.

(L'indépendance médicale 1900. December.)

Verf. beschreibt und bildet sein zur linearen Elektrolyse von Harnröhrenstrikturen konstruirtes Instrument ab, bei welchem er die Mängel des ursprünglichen Jardin'schen zu vermeiden gesucht hat. Die Methode wurde außer an der Harnröhre auch bei Strikturen der Speiseröhre (cf. Centralblatt 1900, p. 1232), des Mastdarmes und Gebärmutterhalses angewendet. Die Anwendungsweise bei der Harnröhre wird genauer geschildert und das Verfahren als der Dilatation und der internen Urethrotomie überlegen hingestellt. 140 mittels der Methode operirte Fälle mit konstantem Erfolge. Der Eingriff ist nicht schmerzhaft, erfordert keine Bettruhe und keine besondere Nachbehandlung, ist in einer Sitzung vollendet und nie von Komplikationen gefolgt. Die Heilung ist im Allgemeinen nach 3 (!) Tagen vollkommen, Recidive kommen viel seltener als nach der Urethrotomie vor. **Mohr** (Bielefeld).

---

11) Jaia. Estrofia della vescica.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1900. No. 144.)

Colzi in Florenz hat 4 Fälle von Blasenspalte mit der Einpflanzung der Harnleiter in den Mastdarm behandelt. Eben so heilte er einen Fall kompleter schwerer Epispadie durch eine Recto-Vesicalfistel. J. knüpft hieran folgende Schlussfolgerungen: 1) Die Ableitung des Urins durch den Mastdarm ist eine berechtigte Methode. J. sah 7 Monate, 1 Jahr und 4 Jahre nach der Operation die Pat. in bester Gesundheit. 2) Proctitis und Colitis blieben bei allen 5 Kranken aus. 3) Der Analsphinkter bleibt auch für den Urin 4—5 Stunden sowohl Tags wie Nachts kontinent. 4) Eine aufsteigende Nierenerkrankung kann man nicht immer verhindern. 5) Am besten, aber auch nicht sicher, vermeidet man die Nephritis ascendens durch Mitübertragung eines Stückes der Blasenschleimhaut. 6) Die Operation ist bei Kindern eine eingreifende und nicht leicht wegen der Kleinheit der Harnleiter und der Nothwendigkeit des Zuges, der erst die Einpflanzung am subperitonealen Theile des Mastdarmes gestattet.

7) Dieser Zug ist auch bei der Maydl'schen Operation nöthig. 8) Bei vollständiger Epispadie wird durch Ableitung des Urins durch den Mastdarm und Verschluss der Blasenmündung die Wiederherstellung des Gliedes ermöglicht. 9) Eine Recto-Vesicalfistel wird durch Eröffnung der Blase vom Mastdarme aus und Vernähung der Blasen- und Mastdarmwand hergestellt. **Dreyer** (Köln).

---

12) **Rizzo.** Sulle conseguenze del versamento di urina nel peritoneo. Ricerche sperimentali.

(Policlinico 1900. No. 2.)

R. hat sich die Fragen vorgelegt, welche Folgen dadurch entstehen, dass Urin in verschiedener Menge in die Bauchhöhle geleitet wird, und zweitens, welche Folgen durch eine intraperitoneale Kontinuitätstrennung der Harnwege entstehen, wenn die Thiere sich selbst überlassen bleiben. Zu diesem Zwecke hat er zahlreiche Versuche an Hunden und Kaninchen unternommen, deren Ergebnisse ihn zu folgenden Schlussfolgerungen führten: 1) Kleine Harnmengen, die in den Peritonealraum gebracht werden, auch wenn dauernd Flüssigkeit einfließt, üben weder eine lokale noch allgemeine Wirkung aus. 2) Größere Mengen, bis zu $^1/_{14}$ oder $^1/_{13}$ des Körpergewichtes des betreffenden Thieres, rufen zwar keine lokalen Veränderungen des Bauchfelles hervor, bewirken jedoch einen schweren urämischen Zustand. Bei noch größeren Dosen stirbt das Thier an Urämie. 3) Die Gegenwart von Harn in dem Peritonealraume macht denselben für eine Infektion sehr empfänglich. **Sultan** (Göttingen).

---

13) **C. Fenger.** Konservative Operationen für renale Retention in Folge von Strikturen oder Klappenbildung am Ureter.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 3.)

F. stellt in diesem Aufsatze die in der Litteratur niedergelegten Fälle von konservativen Operationen zusammen, welche wegen Harnretention in Folge von Strikturen und Klappenbildung am Harnleiter vorgenommen worden sind. Die Zahl ist noch eine sehr geringe. F. selbst hat einmal durch den Sektionsschnitt Scheidewände zwischen dem Retentionssacke und dem Nierenbecken bloßgelegt, dieselben durchtrennt und aus dem multilokulären Sacke einen einkammerigen gemacht.

Am häufigsten wurden Eingriffe nothwendig wegen Klappenbildung oder Strikturen am Ausgange des Harnleiters aus dem Nierenbecken. Schiefe Insertion des Harnleiters spielt dabei oft eine Rolle. Die hier angewendeten Operationen sind solche, welche von innen her entweder vom Nierenbecken aus oder durch den Sektionsschnitt auf die pathologische Stelle losgehen, also transpelvische und solche, welche von außen angreifen, extrapelvische.

Bei den transpelvischen Operationen wird der in das Becken und den Harnleiter geführte Schnitt immer durch quer verlaufende Nähte geschlossen. Die extrapelvischen Operationen bestehen in Resektion des Harnleiters und Wiedereinpflanzung desselben ins Nierenbecken (Ureteropyeloneostomie) oder in plastischen Methoden am Harnleiter und Nierenbecken am Sitze der Klappenbildung und Strikturen. Auch hier wurde die quere Vereinigung der längs geführten Incision auf die erkrankte Stelle häufiger geübt. Dieser Eingriff scheint der ungefährlichste zu sein. Ferner gehört hierher auch die Pyeloplicatio von Israel und die Capitonnage Albarran's. Bei der ersteren wird das Becken gegen die Lichtung hin eingefaltet und dann die eingestülpte Wand durch Nähte so fest gehalten. Bei der letzteren wird ein Theil des Nierenbeckens excidirt, der Defekt dann durch Nähte geschlossen.

In einem weiteren Falle konnte der geknickte Harnleiter durch Lösung aus Verwachsungen um ihn herum freigemacht werden, ein Eingriff, welcher mit dem schönen Namen Ureterolysorthosis versehen wird. Einige Male wurden plastische Operationen am Harnleiter allein mit Ausschluss des Nierenbeckens gemacht.

Die Resultate, welche im Allgemeinen bei der Gesammtheit dieser Eingriffe erzielt wurden, sprechen zu Gunsten der extrapelvischen Methode. Übrigens ist die Sterblichkeit der Gesammtstatistik überhaupt keine große. Was die Dauerresultate betrifft, so sah F. bei 7 eigenen Pat. 2mal ein Recidiv, so dass schließlich in beiden Fällen die Nephrektomie gemacht werden musste. Die 5 anderen Pat. sind dagegen genesen. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

14) **Rochet** (Lyon). Chirurgie du rein et de l'uretère. (Indications — Manuel opératoire.)

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1900. p. 367.

Der vorliegende Band bildet mit dem 1895 bereits erschienenen: Chirurgie de l'urèthre, de la vessie, de la prostate ein gemeinsames Ganzes, eine Chirurgie der gesammten Harnwege. In leicht verständlicher und anschaulicher Weise werden die gesammten, der chirurgischen Behandlung zufallenden Erkrankungsformen der Niere, des Nierenbeckens und des Harnleiters, ihre Symptome, die dem etwaigen chirurgischen Eingriffe vorausgehenden diagnostischen Hilfsmittel und therapeutischen Maßnahmen ausführlich erörtert. Wohl erwogen wird der im einzelnen Falle zu bevorzugende chirurgische Eingriff, seine Indikation und Kontraindikation, besprochen werden die Endresultate und Zufälle der Operationen, mitgetheilt die Mortalitätsstatistik verschiedener Chirurgen. Die in- und ausländische Fachlitteratur wird ausgiebig herangezogen, besondere Ansichten und Fälle namhafter Chirurgen sind im Originaltexte wiedergegeben. Die dem Texte eingefügten Zeichnungen sind namentlich in der Harnleiterchirurgie zahlreich und übersichtlich. Für den

anatomischen Theil sind Abbildungen aus der Testut'schen Anatomie herangezogen. Das Werk bietet dem Fachchirurgen Interessantes; auf Einzelheiten hier einzugehen ist nicht möglich.

Schultheis (Bad Wildungen).

---

15) **Hugh H. Young.** Über ein neues Verfahren zur Exstirpation der Samenblasen und der Vasa deferentia, nebst Bericht über 2 Fälle.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 3.)

Die Nothwendigkeit, beide Samenblasen und Vasa deferentia radikal in ganzer Ausdehnung zu exstirpiren, sieht Verf. gegeben in den Fällen von Tuberkulose, welche beide Hoden ergriffen zeigen, da meistens bei solchen Pat. die Kommunikationskanäle zwischen den beiden Hoden in Mitleidenschaft gezogen sind. Auf die an ihnen zu tastenden Veränderungen kommt es dabei gar nicht an. Mit den bisherigen Methoden, in solchen Fällen eine Radikalheilung zu erzielen, d. h. sowohl den perinealen wie sacralen, ist Y. nicht zufrieden, da sie nicht alles Kranke beseitigen lassen. Er hat desshalb an 2 Pat. mit Tuberkulose des Geschlechtsapparates und auch der Blase eine neue Methode angewendet. Der Schnitt entspricht dem beim hohen Blasenschnitte geübten Längsmedianschnitte, den er bis über den Nabel führt, um dort noch einen Querschnitt hinzuzufügen. Auf diese Weise wird einestheils vorzüglich Raum geschaffen, andererseits für die Nahtversorgung nach Vollendung des Eingriffs am besten gesorgt. Das Bauchfell wird nun zurückpräparirt, die Blase event., wenn sie erkrankt ist, eröffnet, die Harnleiter werden katheterisirt, die kranken Theile der Blase werden excidirt, der Mastdarm wird zurückpräparirt, und nun werden die Vasa deferentia gegen den Annulus internus hin verfolgt, die Samenblasen isolirt und beide Gebilde excidirt. Gegebenen Falles werden durch einen besonderen Leistenschnitt die Hoden exstirpirt.

Die Operation ist jedenfalls eine sehr eingreifende. Verf. hat seine beiden Pat. über den Eingriff hinaus erhalten können, trotzdem besonders der Eine sehr elend war und auch nicht wenig Blut verlor. Wichtig wäre es für den Werth der nicht ungefährlichen Methode, bei welcher in beiden Fällen auch Theile der Blase entfernt wurden, zu wissen, welches Dauerresultat erzielt wurde. Leider fehlen diesbezügliche Bemerkungen sowohl Betreffs der Wundheilung im Allgemeinen, wie namentlich Betreffs der Wiedervereinigung der eröffneten Harnblase.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

16) **Tuffier.** Les varicocèles et leur traitement.

(Presse méd. 1899. No. 75.)

Verf. bespricht eingehend an der Hand mehrerer Fälle 3 verschiedene Arten von Varicocele. Bei der 1. Form handelt es sich um variköse Erweiterung der Venen, häufig an der hinteren Seite des Hodensackes. Seine Therapie besteht hier in Freilegung des Samen-

stranges, Isolirung und Resektion der vorderen oder hinteren venösen Gefäße. Es bedarf nur eines kleinen Schnittes, die Heilung erfolgt in etwa 5 Tagen, der Kranke braucht kein Suspensorium mehr zu tragen. Die 2. Form besteht in einer Orchidoptose ohne Erweiterung der Venen; in diesen Fällen muss ein Suspensorium getragen, oder durch die sog. Henry'sche Operation ein natürliches Suspensorium geschaffen werden: der Hodensack wird resecirt und dadurch verkürzt. Auch hier erfolgt glatte Heilung und Befreiung von künstlichen Tragbändern. Endlich können diese beiden Formen kombinirt sein, wobei dann die Behandlung ebenfalls eine kombinirte ist. Verf. macht auf die Ursachen der Varikocelen aufmerksam und bestreitet die Entstehung durch Hernien. Dagegen spricht das seltene Vorkommen von Varikocelen bei Brüchen. Wohl aber hat er gleichzeitig oft eine allgemeine Disposition zu Varicenbildung gesehen: am Unterschenkel, Hämorrhoiden, Mastdarmprolaps geringen Grades, auch Magenerweiterung und allgemeine Ptose. Häufig handelt es sich um Neurastheniker. Der interessanten Abhandlung sind 2 instruktive Bilder beigegeben. **Tschmarke** (Magdeburg).

Kleinere Mittheilungen.

17) Bericht über die Sitzungen der 35. Abtheilung (Unfallheilkunde) der 72. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Aachen vom 16.—22. September.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1900. No. 10.)

Bähr: Unfall und Epilepsie.

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die bisher sehr spärliche Litteratur der traumatischen Epilepsie, im Speciellen der Epilepsie nach peripheren Verletzungen, zeigt Vortr. zunächst an der ausführlich mitgetheilten Krankengeschichte eines nicht einschlägigen Falles die oft durch unklare oder absichtlich falsche anamnestische Angaben bedingte Schwierigkeit in der richtigen Beurtheilung solcher Fälle und berichtet Behufs Anregung weiterer, diese Frage betreffender Arbeiten über 3 von ihm beobachtete Fälle von typischer Epilepsie nach peripheren Verletzungen. In allen 3 Fällen handelte es sich um vorher gesunde, erblich nicht belastete Arbeiter.

Im Falle I zog sich ein 38jähriger Arbeiter durch einen Unfall bei Kanalisationsarbeiten außer einer Verrenkung des rechten Schultergelenkes und einem rechtsseitigen Schlüsselbeinbruche Brüche der 6 rechten oberen Rippen zu, die theils mit Verdickung, theils mit Verschiebung der Bruchenden verheilten. Wegen katarrhalischer Lungenerscheinungen stand Pat. in der ganzen kommenden Zeit unter ärztlicher Beobachtung und Behandlung. Nach ca. 5 Monaten traten wiederholt Anfälle von Athemnoth, Angstgefühl und von der Brust nach dem Kopfe emporsteigenden Schmerzen auf. Später klagt Pat. über Vergesslichkeit, über zeitweise auftretende Anfälle von Schwindel und Bewusstseinsstörungen. 20 Monate nach dem Unfalle wird der 1. epileptische Anfall beobachtet. In der Folgezeit hat Vortr. wiederholt Gelegenheit, solche Anfälle an dem Pat. zu beobachten. Später wird die Resektion der 3. und 4. Rippe an der Bruchstelle vorgenommen, worauf die epileptischen Anfälle nicht wiederkehrten.

Fall II. In Folge eines elektrischen Schlages fällt ein 44jähriger Straßenbahnarbeiter aus einer Höhe von ca. 6 m herab und zieht sich u. A. einen Becken-

bruch zu. Etwa 6 Monate später klagte Pat. zum 1. Male über eigenthümliche Schmerzen im unteren Beckenabschnitte, die nach der Brust hinaufziehen sollten, und im Anschlusse daran über Kopfschmerzen. Etwa $^3/_4$ Jahr nach dem Unfalle treten epileptische Krämpfe auf. Pat. nimmt zur Zeit Bromkali und befindet sich in ärztlicher Überwachung.

Fall III. Durch Sturz aus einer Höhe von 4—5 m zieht sich ein 43jähriger Straßenbahnarbeiter einen doppelten linksseitigen Oberschenkelbruch zu und wird bewusstlos ins Krankenhaus eingeliefert. Etwa 4 Monate später bekommt Pat. in seiner Wohnung einen Krampfanfall mit Bewusstlosigkeit, den der behandelnde Arzt auf eine in ursächlichem Zusammenhange mit dem Unfalle stehende Gehirnhyperämie zurückführt. Vorher sollen schon gelegentlich Zuckungen am linken Beine aufgetreten sein. Etwa 6 Monate nach dem Unfalle in die Anstalt des Vortr. aufgenommen, klagt Pat. über Schwindel und Ohnmachtsanwandlungen. Etwa 3 Wochen später bekommt Pat. in der Anstalt einen typischen epileptischen Anfall (Ref. hatte seiner Zeit Gelegenheit, denselben zu beobachten). Pat. nimmt seit dieser Zeit Brom; ein Anfall ist bisher nicht wieder aufgetreten.

Vortr. hebt hervor, dass die Zeit zwischen Unfall und dem 1. epileptischen Anfalle großen Schwankungen unterliegt. Dem eigentlichen typischen epileptischen Anfalle gehen lange Zeit Zustände voraus, welche als epileptiforme zu bezeichnen sind. Eben so ist die Möglichkeit, dass ein früherer Epileptiker durch ein Trauma von Neuem epileptisch wird, nicht völlig auszuschließen.

In der Diskussion berichten Puder und Koppen kurz über je einen ähnlichen Fall von Epilepsie nach peripherer Verletzung.

Schäffer: Genügt die übliche Definition des Begriffes »Unfall« den Anforderungen der Praxis?

Der Begriff »Unfall« entbehrt im Unfallversicherungsgesetze einer officiellen Definition. Auch in den Lehrbüchern über Unfallheilkunde fehlt bis jetzt eine kurze zutreffende Definition. Vortr. hält bei der jetzt üblichen Auffassung der Definition eines Unfalles die Forderung des Nachweises einer das Maß der gewöhnlichen Leistungen bei an sich geordnetem Betriebe überschreitenden Anstrengung einzelnen Klassen von Arbeitern gegenüber für ungerecht und inkonsequent. Während in den industriellen Betrieben das Mehr als Betriebsübliche einer Leistung bei dem meist eng begrenzten Arbeitsfelde des Einzelnen leicht beurtheilt oder der Beweis hierfür leicht durch Zeugenaussagen der in demselben Raume Arbeitenden erbracht werden kann, ist dies bei der Vielseitigkeit des landwirthschaftlichen Betriebes meist nur schwer oder gar nicht möglich; zumal, falls es sich um Personen handelt, die zu der zu leistenden Arbeit zwar äußerlich befähigt erscheinen, aber mit Krankheitsanlagen behaftet sind, welche den Eintritt eines Unfalles begünstigen. Vortr. erläutert seine Ausführungen im Weiteren durch einige diesbezügliche Krankengeschichten. Er empfiehlt für die kleinen landwirthschaftlichen Betriebe entweder Streichung der »mehr als betriebsüblichen Anstrengung« aus der Definition des Unfalles oder die allgemeine Untersuchung derartiger Arbeiter auf Arbeitsfähigkeit resp. auf das Vorhandensein körperlicher Fehler.

Thiem: Verrenkung des Kahnbeines nach unten.

Vortr. zeigt das Skiagramm vom Fuße eines Mannes, der durch Auffallen von gefrorenen Erdschollen auf den Fuß sich genannte Verletzung zugezogen hatte. Da seit dem Unfalle bereits 4 Monate vergangen, war eine Reposition des verrenkten Kahnbeines nicht mehr möglich, während der Verletzte selbst die operative Entfernung desselben nicht zuließ.

Bähr: Pseudarthrose nach Fraktur des Malleolus internus.

Nach einer Fraktur des linken inneren Knöchels bei einem 22jährigen Arbeiter kommt es nicht zur Konsolidation der Bruchenden. Da eine Verschieblichkeit des Malleolus fehlte, konnte Vortr. nur durch mehrmaliges Skiaskopiren in verschiedener Position die Diagnose stellen.



In einem anderen ähnlichen Falle konnte der Röntgenapparat die vermuthete Pseudarthrose nicht bestätigen.

Thiem: Über Serratuslähmung nebst Bemerkungen über die Bewegung des Schultergürtels.

Nach Erwähnung der einschlägigen Litteratur mit besonderem Eingehen auf die Arbeiten von Mollier und Steinhausen sucht Vortr. unter theilweiser Demonstration an einem Pat. die Bewegungen der Armerhebung im Schultergürtel zu analysiren und kommt am Schlusse seiner schätzenswerthen Auseinandersetzung zu den Sätzen:

1) Bei der Armerhebung nach vorn kann die fehlende oder ungenügende Serratuswirkung (Hervorziehen der Schulter und Außenpendelung des unteren Schulterblattwinkels) nahezu vollständig ersetzt werden: a. durch die Adduktoren vom Oberarme und der Schulter, nämlich durch die beiden Pectorales, b. durch Erhebung des Armes vermittels der claviculären Pectoralisfasern und des Biceps und Coracobrachialis bei geeigneter Rumpfausbiegung und Schultersenkung, c. durch den Levator anguli-scapulae und die spinalen Cucullarisfasern.

2) Bei der seitlichen Armerhebung kann die fehlende oder ungenügende Wirkung des unteren Serratusabschnittes (Außenpendelung des unteren Schulterblattwinkels) ersetzt werden:

a. durch die spinalen Cucullarisfasern,

b. durch starkes Eingreifen der gleichzeitig supinirenden (nach außen drehenden) scapulo-humeralen Muskeln.

Meyer: Die Mitwirkung der Ärzte auf dem Gebiete des Invalidenversicherungsgesetzes.

Vortr. erläutert in eingehender Ausführung die Nothwendigkeit der Mitwirkung der Ärzte auf dem Gebiete der Invalidenversicherung und giebt für eine ersprießliche Thätigkeit der Ärzte hierbei eine Reihe schätzenswerther Rathschläge und Winke.

Riedinger: Über Scoliosis traumatica.

Vortr. stellt die Entstehung der traumatischen, nicht funktionellen Skoliose in Folge krankhafter Vorgänge an der Spongiosa (Ostitis, Osteoporose, Halisterese etc.) in Frage. Dieselbe ist nicht auf eine krankhafte Erweichung des Knochens oder eine mangelhafte Verknöcherung zurückzuführen, sondern durch die durch die Frakturheilung bedingte Verdichtung oder Sklerosirung zu erklären. Als Analogon für diese Frakturheilung verweist Vortr. auf die Konsolidation der spongiareichen Fußwurzelknochen. Bei diesen nimmt die Ausbildung der Deformität oft Monate, selbst Jahre in Anspruch mit dazwischen liegenden beschwerdefreien Intervallen. Hierzu kommt als weiteres ätiologisches Moment die Belastung. Die Belastungsdeformitäten können an spongiösen Knochen noch zu einer Zeit auftreten, in welcher der verletzte Knochen schon wieder seine Funktion aufgenommen hat. Durch ein vorübergehendes Ödem der Knochensubstanz, welches durch eine vermehrte Porosität an der Bruchstelle begünstigt wird, kann die Deformität Anfangs in den Hintergrund treten. Bei Frakturen oder Infraktionen von Wirbelkörpern mit Unversehrtheit der Bogenreihe tritt eine Skoliose erst allmählich durch eine unter dem Einflusse der Belastung entstehende Umbildung der Wirbelbogen an der Knickungsstelle (Deformität auf Zerknickungsbeanspruchung) auf. Vortr. unterscheidet zwischen der primären und der sekundären traumatischen Skoliose. Erstere entsteht im direkten Anschlusse an einen Wirbelbruch, letztere erst allmählich als Ausdruck der Belastungsdeformität. Die schweren Knickungsformen sitzen nach Ansicht des Vortr. in der Regel in der Gegend der unteren Brust- und oberen Lendenwirbelsäule. Es ist wahrscheinlich, dass die traumatischen Skoliosen stets mit einer Kyphose oder Lordose verbunden sind. In dem späteren Verlaufe einer Fraktur kann aus der Deformität allein ein Schluss auf die primäre Dislokation nicht mehr gemacht werden.

Vortr. bringt im Weiteren die ausführliche Krankengeschichte eines Falles von sekundärer, nicht funktioneller Lordoskoliose, bei der die Deformität in der Stellung fixirt war, in welcher die Verletzung erfolgt war.

In der Diskussion bringt Schulze-Berge die Krankengeschichte eines Falles, bei dem eine Resorption der Spongiosa im Femurkopfe nach einem Trauma stattgefunden, ohne dass ein Bruch vorgelegen hatte. Die mikroskopische Untersuchung ergab Ostitis rareficans.

Hensgen: Wie haben wir Ärzte uns den bei Unglücksfällen erste Hilfe leistenden Nothhelfern gegenüber zu stellen?

Vortr. giebt den meist durch Ärzte ausgebildeten Sanitätskolonnen vor den Samaritervereinen den Vorzug.

In der Diskussion tritt Düms in längerer Ausführung sehr entschieden für die Samaritervereine ein.

Hensgen: Zwei Fälle von Nierenverletzungen in Folge übermäßiger Muskelkontraktionen.

Vortr. bringt die Krankengeschichten zweier Fälle von Nierenblutungen in Folge Hebens schwerer Lasten.

Im Falle I verspürte ein Fabrikant beim Heben seiner kranken, korpulenten Frau von einem Bette in das andere und der dadurch bedingten Verdrehung des Rumpfes nach der rechten Seite einen Schmerz im Rücken. Mit zunehmenden Schmerzen stellt sich kurz darauf Hämaturie ein, die 3 Tage anhält. Bei geeigneter Behandlung in wenigen Wochen völlige Heilung. Vortr. nimmt eine Nierenzerreißung geringen Grades an.

Fall II. Ein kräftiger, breitschultriger, 17jähriger Arbeiter verspürt beim Aufheben eines schweren Brettes plötzlich Schmerzen in der Lendengegend, so dass er die Arbeit einstellen muss. Beim nächsten Uriniren zeigt sich Blut im Urin. In den nächsten Tagen arbeitet er wieder, muss aber bald davon wieder Abstand nehmen. Die rechte Nierengegend ist druckempfindlich. Trotz Bettruhe und Anwendung von Eis geht die Hämaturie nur allmählich zurück. Pat. befindet sich wegen Albuminurie noch in ärztlicher Behandlung.

Thiem: Verschlimmerung eines Falles von spastischer Cerebralparalyse (angeborener spastischer Paraplegie) durch eine periphere Verletzung.

Da in vielen Fällen von angeborener spastischer Cerebralparalyse die Kinder keine cerebralen Störungen zeigen und sich geistig normal entwickeln, führt Vortr. in solchen Fällen die Krankheitsursache auf angeborene Defekte in den ganzen Pyramidenbahnen, also in deren Rückenmarksverlauf zurück und empfiehlt dem entsprechend als rationellere Benennung dieser Erkrankung die Bezeichnung »spastische infantile Diplegie oder Paraplegie«.

Im Weiteren berichtet er eingehend über einen derartigen Krankheitsfall, bei dem durch eine periphere Verletzung eine erhebliche Verschlimmerung des Krankheitszustandes eingetreten war.

Es handelt sich um einen 32jährigen Arbeiter mit einem leichten Grade von angeborener spastischer Diplegie, bei welchem die charakteristischen Kontrakturen nur am linken Beine deutlich auftraten, aber auch hier durch die Willenskraft des Pat. derartig unterdrückt werden konnten, dass derselbe zu jeder Arbeitsleistung fähig war und im Arbeitsverdienst nicht hinter seinen Mitarbeitern zurückstand. Durch einen Bruch beider rechter Unterschenkelknochen trat eine derartige, auch das bisher gesunde rechte Bein ergreifende Steigerung und örtliche Ausbreitung der bisherigen Erkrankung auf, dass völlige Erwerbsunfähigkeit und Hilflosigkeit sich einstellte.

Vortr. sieht in diesem Falle ein Analogon für die Verschlimmerung von Tabes nach peripheren Verletzungen auch in so fern, als sich nun auch im verletzten rechten Beine die Erscheinungen viel heftiger zeigten, wie vor dem Unfalle.

In der Diskussion betont Wagner den rein cerebralen Ursprung der genannten Erkrankung.



Bettmann: Demonstration von Röntgogrammen und Krankengeschichte von 3 Ellbogengelenkresektionen.

Vortr. zieht Behufs Erkennung eines pathologischen oder normalen Befundes die Betrachtung der Röntgenplatten derjenigen der Abzüge vor. Er demonstrirt mittels eines von ihm konstruirten Durchleuchtungskryptoskopes eine Reihe von Röntgenplatten, darunter 3 Platten, die Ellbogengelenksverletzungen betreffen, denen er die diesbezüglichen Krankengeschichten beifügt (das Genauere siehe im Originale).

Schulze: Orthopädische Apparate.

Vortr. beschreibt ausführlich Konstruktion und Anlegung orthopädischer Apparate für die Behandlung der Ober- und Unterschenkelbrüche, des Klump- und des Hohlfußes, so wie zur Korrektur der Kyphose, hinsichtlich derer im Einzelnen Ref. auf die Lektüre des Vortrages verweist.

Düms: Über die Beziehungen der kostalen Herzdämpfung zur linken Brustwarzenlinie.

Vortr. fand in 30% der von ihm untersuchten gesunden Soldaten den Herzspitzenstoß in der Brustwarzenlinie und in 8% über letztere hinausreichend. Am häufigsten bei geringem Brustwarzenabstande (unter 21 cm) und bei besonders kräftig entwickelten Leuten.

Thiem: Über Thermalbehandlung Unfallverletzter und Invalider.

Vortr. hat durch die Thermalbehandlung (Dampfbäder, Sandbäder, Fangopackungen, Heißluftbäder) sehr befriedigende, in einzelnen Fällen (Ischias) überraschend günstige Heilerfolge erzielt.

Kontraindicirt ist diese Behandlungsweise bei tuberkulösen Gelenkentzündungen, so wie bei allen Erkrankungen des Gefäßsystems, namentlich bei Herzfehlern. Im Weiteren berichtet Vortr. durch Angabe diesbezüglicher Zahlen über die bei Anwendung der einzelnen Verfahren der Thermalbehandlung gemachten Erfahrungen hinsichtlich des Pulses und der Athmung, so wie über das verschiedene Verhalten einzelner Personen, als auch einzelner Körperstellen gegenüber der Einwirkung der heißen Luft und des Dampfes.

Riedinger: Über Kontrakontusion des Gehirns (Demonstration).

Vortr. demonstrirt das nach Kaiserling konservirte Gehirn eines an genannter Gehirnverletzung verstorbenen 9jährigen Knaben, welcher aus einer Höhe von ca. 1 m rücklings auf das Hinterhaupt gefallen war.

Wagner: Über ambulante Beinbruchbehandlung und Beinverbände.

Vortr. zeigt die Anwendung von Beinverbänden bei einem Manne mit Wadenbeinbruch und empfiehlt dieselben besonders bei Brüchen kleinerer Knochen mit Verschiebung der Bruchenden. **Motz** (Schlochau).

---

18) **Alpago-Novello.** Un caso gravissimo di pustola da carbonchio ematico guanto colle injecioni sottocutanee ed endovenose di siero Sclavo.

(Gazz. med. di Torino 1900. No. 40.)

Ein Milzbrandkarbunkel entstand an der linken Schläfe; die Schwellung ergriff die linke Hals- und Gesichtshälfte. Hohes Fieber, Infiltration der Halsdrüsen, elendes Befinden.

Vom 5. Tage an wurden 2 subkutane und schließlich eine endovenöse Injektion von 40, 10 und 11 ccm des Serum Sclavo gemacht. Es trat Urticaria und Erythem an der Iujektionsstelle, jedes Mal eine weitere leichte Temperatursteigerung, dann aber am 3. Tage rasche Entfieberung, Abschwellung und schließlich völlige Heilung ein. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).



19) **Danlos.** Dermato-fibromes généralisés.

(Ann. de dermat. et de syph. 1900. No. 3.)

D. beschreibt einen Fall von multiplen Fibromen. Eltern und Kinder des Pat. frei. Die Schwester des Pat. leidet ebenfalls daran. Die Geschwülste traten bald nach der Geburt auf, vermehrten sich aber nur langsam und in Schüben. Auf jedem Arme 12 bis 13 erbsengroße Geschwülste von meist normaler, theilweise rother Hautfarbe, eben so zahlreich vorhanden auf dem Rumpfe, besonders auf der Bauchseite, weniger zahlreich auf den unteren Extremitäten, gar nicht zu finden an den Geschlechtsorganen. Sie sind von weicher Konsistenz und auch auf Druck nicht schmerzhaft. Anschwellungen der Nerven sind nicht nachweisbar. Außerdem bestehen Pigmentanomalien, und zwar 1) stecknadelkopfgroße, milchkaffeefarbene oder röthlich-gelbe Pigmentflecke zahlreich am Rumpfe und der Wurzel der Extremitäten, weniger zahlreich an den Extremitäten selbst; 2) etwa 23 gelb-röthliche Flecke von der Größe eines 50-Centimesstückes bis zu der eines Frankstückes, deren größte sich in der Hinterbackengegend und an den Lenden befinden.

Außerdem besitzt der Pat. eine ausgesprochene Asymmetrie der Gesichtsbildung. Die rechte Seite ist kleiner, die Nase weicht nach der anderen Seite ab, und es besteht eine rechtsseitige Mikrophthalmie. Das Zäpfchen ist ein wenig asymmetrisch und hängt nach rechts.

Es sind besondere motorische und sensible Störungen nicht nachweisbar. Der Pat. ist Neurastheniker. **V. Klingmüller** (Breslau).

20) **Barthélemy.** Note sur le traitement de l'epithélioma bénin de la peau. — Guérison en sept mois de lésions multiples et anciennes.

(Ann. de dermat. et de syph. 1900. No. 5.)

B. berichtet über einen Fall von Epithelioma benignum, das eine große Ulceration von einem Ohre zum anderen über den Scheitel wegziehend gebildet hatte mit handflächengroßer, oberflächlicher Nekrose der Schädelknochen. Außerdem bestanden noch 1—5Frankstück-große Herde im Gesichte und am Rumpfe. Eine Stelle an der Lippe wurde geheilt durch Auskratzung und Kauterisation, die anderen durch Chlorzinkätzungen. Die große Ulceration auf dem Kopfe wurde nach der Methode von Truneček-Czerny behandelt und war bei der Demonstration bis auf 2 kleine Stellen zugeheilt. **V. Klingmüller** (Breslau).

21) **M. Andry.** Sur un kyste sous-épidermique à contenu gélatineux.

(Ann. de dermat. et de syph. 1900. No. 1.)

A. excidirte bei einer 60jährigen, gesunden, kräftigen Frau eine kleine Geschwulst an der Streckseite der 3. Phalange des linken Ringfingers. Makroskopische Beschreibung: erbsengroß, sehr hervorspringend, ganz oberflächlich sitzend, weich, transparent, mit einer Delle auf der Spitze. Sie bestand seit 7 oder 8 Monaten, wechselte in ihrer Größe, verschwand aber nicht ganz. Der Inhalt war eine durchscheinende gallertige Masse, ähnlich der von Synovialcysten. Die Wand wurde gebildet durch sehr festes, derbes Bindegewebe, das weder mit Epithel noch Endothel ausgekleidet war. Dagegen fanden sich Schweißdrüsenglomeruli theils normal, theils abgeplattet und komprimirt. A. glaubt, dass sich die Cyste im Ausführungskanale einer Schweißdrüse entwickelt hat.

V. Klingmüller (Breslau).

22) **E. W. Buggles.** Monilethrix.

(Journ. cut. and genito-urin. diseases 1900.)

Zu den 3 bisher von Amerikanern beschriebenen Fällen von Monilethrix (Spindelhaaren, d. h. in ziemlich regelmäßigen Abständen auftretende Verdünnungen des Haarschaftes, wodurch das ganze Haar perlschnurartig aussieht) fügt B. einen neuen [hinzu, welchen er bei einem 36jährigen Arzte beobachtete. An beiden Unterschenkeln finden sich symmetrisch gelegene, ca. 20 : 15 cm große, mit kurzen, trockenen, zum Theil abgebrochenen Haaren besetzte Bezirke. Die Untersuchung



der Haare ergab auch in diesem Falle, dass die Spindelbildung, d. h. die Haarschafteinschnürung, bereits innerhalb des Follikels vor sich geht, dass die Zwischenräume zwischen den einzelnen Erscheinungen, also die Länge der Spindeln, verschieden sind, dass an den Einschnürungsstellen eine Pigmenthäufung sichtbar wird. An einzelnen Haaren sind vielfache spiralige Drehungen um die Längsachse wahrzunehmen. Auch die Haarfollikel zeigten Einschnürungen, welche denen des Haarschaftes entsprachen. (Gerade dieser Nachweis der Haarbalgzusammenschnürung erklärt die Entstehung der Monilethrix vollständig, und erübrigt die Annahme einer Trophoneurose. Ref.) **Chotzen** (Breslau).

16) **F. Balzer** et **L. Alquier.** Impetigo de Bockhart du cuir chevelu.
(Médec. moderne 1900. No. 63.)

56jähriger Mann, Wäscher von Tafelgeschirr, hat 6 Tage vor der Aufnahme an einem sehr heißen und besonders anstrengenden Tage an der Streckseite des linken Vorderarmes einen rothen Streifen bemerkt, der von der Hand bis zum Ellbogen hinzog und ihn durch unerträgliches Jucken zu unaufhörlichem Kratzen zwang. 2 Tage später war die Röthung verschwunden. Dafür aber waren am Handgelenke 2 oder 3 erbsengroße Pusteln erschienen. Zu gleicher Zeit wurde sein Kopf roth und unerträglich heiß. Seine Kameraden machten ihn darauf aufmerksam, dass der Kopf mit kleinen rothen Knötchen (»Hitzblattern«) bedeckt sei, die bei seiner Glatze besonders auffielen. Am 3. Tage erschienen eben solche Pusteln, wie am Handgelenke.

Bei der Aufnahme war der ganze Kopf im Bereiche der behaarten Kopfhaut mit Pusteln von Linsen- bis 50-Centimesstück-Größe bedeckt, die größten saßen auf dem kahlen Scheitel. Leichter Druck ließ aus ihnen einen Tropfen gelben Eiter hervortreten, an dessen Stelle dann ein gelber oder bräunlicher Schorf trat. Jede Pustel saß auf einer breiten, rothen, entzündeten Hautpartie, in deren Bereich der geringste Druck sehr schmerzhaft war. Zwischen den einzelnen Eruptionen lag gesunde Haut, nur selten waren einige kleinere konfluirt. An den Seiten und am Hinterkopfe nahmen die Pusteln an Größe ab und hörten an der Haargrenze auf. Das Allgemeinbefinden war nicht im Geringsten gestört; kein Fieber.

Der Eiter der Pusteln enthielt Staphylococcus pyogenes aureus in Reinkultur. Unter permanenten Umschlägen mit Sublimatlösung 1 : 5000 und täglich einmaliger reichlicher Berieselung mit Karbollösung 1 : 200 heilten die Eruptionen in 5 Tagen vollkommen ab, eben so ein leichter Nachschub, und es blieben nur leicht geröthete Flecke mit etwas narbig eingezogenem Centrum zurück.

Während der Heilung traten einige kleine Abscesse in der rechten Achselhöhle und auf dem Mons Veneris auf, heilten aber rasch spontan.

Die Verff. besprechen in den anschließenden Bemerkungen die Differentialdiagnose des Leidens gegenüber der Impetigo contagiosa und der Acne necrotica.

R. v. Hippel (Dresden).

24) **Desnos.** Sur un cas de résection de la prostate.
(Presse méd. 1899. No. 73.)

Verf. theilt einen Fall von Resektion der Prostata bei einem 58jährigen Manne mit, in welchem er nach Eröffnung der Blase durch Sectio alta zunächst drei kleine Steinchen und sodann den mittleren, wie ein Zäpfchen vorspringenden Drüsenlappen mit dem Messer entfernte; es wurde ferner galvanokaustisch noch ein dritter, in die Harnröhre vorspringender Drüsentheil entfernt, die Blasenwunde genäht, die Blase selbst mit Dauerkatheter drainirt. Nur kurze Zeit entleerte sich etwas Urin durch die Wunde; die Heilung erfolgte sonst ohne Störung. Das Resultat war ein sehr gutes, es war kein Residualharn mehr nachzuweisen; der Kranke konnte 5 Stunden lang am Tage das Wasser halten und die Nacht durchschlafen. — Verf. knüpft an diese Mittheilung eine Besprechung der Indikationen zu diesem immerhin eingreifenden Verfahren, wie sie gerade sein Fall in typischer Weise darlegt. Zunächst ist Bedingung die Kontraktionsfähigkeit der Blase; sodann ist die Art des Hindernisses ausschlaggebend; über diese kann nur die Cystoskopie sicheren Aufschluss geben. Ist die hervorragende Geschwulst gestielt

und beweglich, wie ein richtiges Gaumenzäpfchen, so ist die Operation ganz besonders indicirt; eine fixirte und nicht gestielte Barrière der Prostata gewährt weniger gute Aussichten. Es müssen in solchen Fällen keilförmige Excisionen ausgeführt werden. Eine einfache Discision genügt nicht immer. Eine gleichmäßig starke Hypertrophie der Prostata eignet sich nicht zur operativen Behandlung.

Tschmarke (Magdeburg).

25) **Donetti.** Contributo clinico e anatomo-patologico allo studio dei tumori maligni del rene.

(Morgagni 1900. No. 9.)

D. berichtet über 2 Fälle bösartiger Nierengeschwülste, deren Diagnose frühzeitig trotz mangelnden Nachweises einer fühlbaren Geschwulst gestellt werden konnte. Im ersten Falle trat bei einem 55jährigen Manne in Zwischenräumen von Wochen Blutharnen auf, zuerst ohne, später mit zunehmenden Schmerzen, die namentlich bei Druck auf die rechte Nierengegend sich zeigten. Keine Vergrößerung der Niere, keine Varicocele. Pat. stark abgemagert. Bei der Operation fand sich eine carcinomatöse Niere vom doppelten Volumen der normalen mit Höhlenbildung im oberen und vorderen Theile. Nierengeschwülste fühlt man nach Chevalier bei Erwachsenen in 26%, bei Kindern in 60% der Fälle im Beginne nicht.

In einem zweiten Falle traten bei einem 60jährigen Manne Harnblutungen ohne alle Schmerzen und ohne Eiterbeimengung zum Urin auf. Daneben bestanden zunehmende Abmagerung, linksseitige Varicocele und leichte Vergrößerung der linken Nierendämpfung. Die Operation ergab wieder ein Nierencarcinom, das die Niere um das $1^1/_2$fache verdickt hatte. **Dreyer** (Köln).

26) **Prochownik.** Nephrektomie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 38.)

In dem ersten der Fälle handelte es sich um eine Cystenniere, die zunächst einseitig war und Hydronephrose durch typische Koliken vortäuschte. Die Pat. war im 6. Monat gravida. Bei der Operation erweist sich die andere Niere ohne jede (von der Bauchhöhle aus tastbare) Veränderung. Das Präparat weist an keiner Stelle Andeutungen von Bösartigkeit auf. Nach 2 Jahren zeigte die andere Niere deutliches, ziemlich schnelles Wachsthum. An einer Stelle fühlt sich dieselbe weicher an. Im 2. Falle ebenfalls lumbare Nephrektomie wegen Nierentuberkulose. Bemerkenswerth ist, dass nach Einspritzung von Tuberkulin bei deutlicher Reaktion die eine (rechte) Niere anschwoll, tastbar schmerzhaft wurde, und dass mit Nachlassen der Anschwellung Tuberkelbacillen im Urin nachweisbar waren; vorher nicht. Dasselbe bei einem 2. Versuche. Auch die vorher bestandenen heftigen cystischen Erscheinungen gingen völlig nach der Exstirpation zurück.

Borchard (Posen).

Berichtigung.

Ein Druckfehler in No. 4 dieses Centralblattes veranlasst mich zu folgender kurzen Bemerkung.

In dem von W. Ebstein herausgegebenen Handbuche der praktischen Medicin schlug ich vor, statt des etymologisch schlecht gebildeten Wortes Gastroplicatio die Bezeichnung Gastroptyxis (nicht Gastroptysis, wie in dem Referate steht), das von πτυσσω-falten abgeleitet ist, anzuwenden. Da das betr. Kapitel des Handbuches von Chirurgen wenig gelesen werden wird, möchte ich diesen Vorschlag auch an dieser Stelle wiederholen. ***H. Braun*** *(Göttingen).*

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 8. **Sonnabend, den 23. Februar.** **1901.**

(Aus der chirurgischen Klinik in Upsala.)

Über die Sensibilität der Bauchhöhle und über lokale und allgemeine Anästhesie bei Bruch- und Bauchoperationen.

Von

Prof. **K. G. Lennander,** Hon. F. R. C. S., Eng.

Die Chirurgen haben lange geglaubt, dass die Empfindlichkeit für operative Eingriffe an Magen und Därmen nicht besonders groß sei, wenn überhaupt vorhanden. In der chirurgischen Klinik in Upsala ist es seit 10 Jahren Gebrauch gewesen, dass man bei Darm-

resektion wegen gangränöser Brüche und dergl. und bei Gastroenterostomien den Äther wegließ, sobald man zur Resektion selbst und zur Darmnaht kam. Die Pat. konnten dabei lange ohne Narkose sein, man ließ sie indessen nur in Ausnahmefällen vollständig erwachen. Dazu kommt, dass eintretendes Erbrechen nicht selten gezwungen hat, bei Zeiten zum Äther zurückzukehren. Es hat desshalb nicht die Rede davon sein können, irgend welche Beobachtungen über die Sensibilität im Innern der Bauchhöhle anzustellen. Im letztvergangenen September war ich indessen gezwungen, eine Köliotomie unter Anwendung von Schleich's Infiltrationsanästhesie auszuführen, die nur für die Haut und das Unterhautgewebe angewendet wurde. Ich hatte nämlich einige Tage vorher bei einem sehr schwachen Pat. eine Cholecysto-Jejunostomie gemacht. Der Verlauf war fieberfrei gewesen, aber die Galle war in den Magen zurückgetreten, und es war klar, dass ein unüberwindliches Hindernis für den Durchgang des Inhaltes von Magen und Darm nach unten zu im Zusammenhange mit der genannten Operation entstanden war. Bei der zweiten Operation fand ich die zur Gallenblasen-Dünndarmfistel führende Schlinge lebhaft roth und bis zu Armesdicke erweitert, die abführende Schlinge hingegen war blass und zusammengezogen. Ich stellte nun eine Enteroanastomose zwischen den beiden Schlingen her. Bei dieser Operation fand ich, dass das Peritoneum parietale äußerst empfindlich für die operativen Eingriffe ist und vor Allem für die Dehnung oder für leichtes Schaben, so z. B. für das Anlegen oder das Wegnehmen von Salzwasserkompressen zwischen den Eingeweiden und der vorderen Bauchwand. Im Gegensatze zu dieser großen Empfindlichkeit des Peritoneum parietale fand ich, dass man, ohne dass Pat. etwas merkte, sowohl den gesunden wie den kranken Darm in der Längsrichtung dehnen konnte, als man den Darminhalt aus den Theilen entleerte, die durch Anastomose vereinigt werden sollten. Man konnte ferner, ohne dass Pat. irgend welche Empfindung von Berührung oder Schmerz hatte, beide Schlingen mit Doyen's Darmzangen abklemmen, Incisionen mit dem Messer und der Schere in sie machen, Arterienklemmen auf blutende Gefäße aufsetzen und schließlich durch eine auf gewöhnliche Weise ausgeführte Darmnaht die Anastomose zwischen den beiden Schlingen vollenden, Alles zusammen vollständig schmerzlos. Hieraus muss man den Schluss ziehen, dass das Jejunum in seinem oberen Theile keine Nerven für die Auffassung von Schmerz oder Berührung besitzt. Der Umstand, dass man, ohne dass Pat. es merkte, Kompressen wegnehmen konnte, die man zwischen die Därme gelegt hatte, die aber nicht das Peritoneum parietale berührten, sprach dafür, dass auch das Dünndarmmesenterium in seinem oberen Theile keine Schmerz oder Berührung empfindenden Nerven hat.

Im Verlaufe des Herbstes habe ich auch zehn Operationen wegen Inguinalhernien bei lokaler Anästhesie (Infiltration der Haut nach Schleich, Einspritzung von $1/2$%iger Cocainlösung in den

N. ileo-hypogastricus und N. ileo-inguinalis nach Cushing's Abhandlung in den Annals of surgery, Januar 1900) ausgeführt. In einem Falle lag ein sehr großer, linksseitiger, irreponibler Netzbruch vor. Ich musste 260 g theils normales, theils durch chronische Peritonitis und Lipombildung verändertes Omentum entfernen. In diesem Falle konnte ich die große Empfindlichkeit am Bruchsackhalse und am nächsten Theile des Peritoneum parietale konstatiren. Ferner empfand Pat. Schmerz, als man das Omentum aus dem Bauche zog, um beurtheilen zu können, wie viel man entfernen sollte — Dehnung des Peritoneum parietale am Bruchsacke oder möglicherweise oben an der Flexura coli lienalis (?). Im Gegensatze zu dieser großen Empfindlichkeit am Peritoneum parietale fand ich nämlich, dass dem Omentum Schmerz oder Berührung empfindende Nerven vollständig fehlen. Weder in den chronisch veränderten, noch in den gesunden Theilen des Omentum hatte Pat. irgend eine Empfindung von Schmerz oder Berührung, wenn man das Omentum dehnte, oder wenn man es mit starken Zangen quetschte, oder wenn man die gewöhnlichen Arterienklemmen ansetzte, Ligaturen anlegte oder es durchschnitt.

Ich habe im November und December 1900 manche sehr herabgekommene Pat. zu operiren gehabt, für die es wünschenswerth war, allgemeine Narkose theilweise oder ganz und gar zu umgehen. Außerdem habe ich das Verhalten der Sensibilität an 2 Pat. mit Cökalfistel untersucht. Hierbei habe ich folgende Thatsachen gefunden: Der Magen ist in der Nähe seiner großen Kurvatur sowohl an der vorderen als auch an der hinteren Seite vollständig unempfindlich für den operativen Eingriff bei einer Gastroenterostomie (Abklemmung mit Doyen's Zangen, Incision, Ansetzen von Arterienklemmen, Anwendung des Thermokauters, Anlegung von Suturen, Abtrocknung der Serosa und der Schleimhaut mit Gaze etc.). An der vorderen Fläche des Magens in der Nähe der großen Kurvatur hat Pat. keine Wahrnehmung für Wärme oder Kälte. Er merkt nämlich nicht die Berührung mit einem kalten oder warmen Metallinstrumente oder mit einem Eisstücke. Kontrollversuche wurden an der Bauchhaut des Pat. gemacht, wo er Wärme und Kälte sofort empfand. Auch Jejunum, Ileum, Proc. vermiformis, Coecum, Colon transversum und Flexura sigmoidea haben keine Schmerz, Berührung, Kälte oder Wärme empfindenden Nerven; denn auch an diesen Theilen, im gesunden und im kranken Zustande, habe ich alle bei Resektionen, Anastomosenbildung etc. gewöhnlichen operativen Eingriffe ausgeführt und außerdem die Därme zwischen den Fingern, sowohl der Länge nach wie in der queren Richtung, kräftig gedehnt, so wie in einigen Fällen Wärme und Kälte versucht, ohne dass die Pat. irgend welche Empfindung dabei hatten. Die durch eine Fistel vorgefallene Schleimhaut des Coecum ist vollständig unempfindlich für Kompression, für Ätzung mit Lapis infernalis in Substanz, für Wärme und Kälte. Das Mesenterium am Proc. vermiformis, das Dünndarmmesenterium, das Mesocolon und das Mesosigmoideum sind ganz unempfindlich gegen

alle operativen Eingriffe in den Theilen, die zunächst am Darme liegen und mit denen man bei den gewöhnlichen Operationen zu arbeiten hat. Das Mesocolon ist ebenfalls empfindungslos an der gefäßarmen Stelle hinter dem großen Bogen zwischen der Art. colica sinistra und media, wo man das Mesocolon zu perforiren pflegt, um v. Hacker's Gastroenterostomia posterior auszuführen.

Eine Cholecystostomie hatte ich auszuführen in einem Falle von Gallenstein und chronischer Infektion (Bacterium coli und ein anderer Gram-beständiger Bacillus) mit unerträglichen Schmerzen vor der Operation. Ohne dass Pat. irgend welche Empfindung von Schmerz oder Berührung hatte, konnte man in diesem Falle die Gallenblase zusammenklemmen oder dehnen, wenn man nicht gleichzeitig an der Umgebung (zahlreiche Adhärenzen nach verschiedenen Richtungen) zog und wenn man nicht die Gallengänge vorzog. Man konnte ferner vollkommen schmerzlos und ohne dass Pat. die Berührung wahrnahm die Mucosa und die Serosa mit Lapis und dem Thermokauter ätzen, eine 3 cm lange Incision in die Gallenblase machen, sie mit Péan's Pincetten Behufs der Hämostase klemmen, ihre Innenseite mit dem Finger und dem Steinlöffel palpiren und schließlich ihr Inneres mit Jodoformgaze anfüllen, so wie die Ligaturen und Suturen an ihr anlegen. Es ist also vollständig klar, dass diese Gallenblase weder Schmerz- noch Berührungsnerven hatte. Den naheliegenden vorderen Leberrand konnte ich leise zwischen Daumen und Zeigefinger drücken, ohne dass Pat. es merkte. Ich konnte ferner die Leberserosa in der Nähe der Gallenblase mit einer feinen Nadel ritzen, sie mit dem Thermokauter berühren und mit Lapis ätzen, ohne dass Pat. diese Eingriffe merkte, die vorgenommen wurden, um eine adhäsive Peritonitis in der Nähe der Gallenblase hervorzurufen. Die Serosa der Harnblase habe ich mit Eis und warmen und kalten Metallinstrumenten berührt, ohne dass es Pat. merkte.

Alle Adhärenzen zwischen den Därmen unter einander, zwischen diesen und dem Omentum, zwischen diesem und der Harnblase, so wie zwischen der Gallenblase und dem Omentum und Mesocolon transversum habe ich durchschneiden oder durchbrennen können, ohne dass Pat. Schmerz empfand.

Die Pat. haben keinen Begriff davon, dass ihre Därme in einer Bauchwunde vorliegen und der Einwirkung der Luft ausgesetzt sind. Sie fühlen auch nicht, dass die Dünndärme sich kontrahiren, nicht einmal wenn die Peristaltik so heftig ist, dass das Lumen des Darmes bei jeder Zusammenziehung vollständig ausgefüllt erscheint, vorausgesetzt, dass sich keine Adhärenzen in der Bauchhöhle finden, so dass eine Dehnung des Peritoneum parietale entstehen kann, wenn die peristaltischen Bewegungen nach innen sich auf die in der Bauchhöhle liegenden Därme fortsetzen.

Ich habe ferner Gelegenheit gehabt, eine Niere zu untersuchen, die nach einer, ein paar Wochen vorher ausgeführten Nephrostomie in einer Lumbalwunde vorlag. Der konvexe (laterale) Rand der

Niere, oberhalb des Nephrostomieschnittes, wurde mit Eis, kalten und warmen Instrumenten berührt, mit dem Messer geritzt, mit Lapis geätzt, ohne dass Pat. irgend eine Empfindung davon hatte. Zuletzt öffnete ich in derselben Niere einen nussgroßen Abscess, wobei ich eine ungefähr $^1/_2$ cm dicke, makroskopisch betrachtet gesunde Lage der Nierenrinde durchschneiden musste. Die Wundränder ätzte ich mit Lapis. Auch diesen Eingriff bemerkte Pat. nicht.

Das Peritoneum parietale aber ist, wie ich schon vorher gesagt habe, sehr empfindlich gegen alle operativen Eingriffe. Dagegen glaube ich nicht, dass es Wärme- und Kältenerven besitzt. Hierüber habe ich jedoch nur einen Versuch gemacht, der der Kontrolle durch andere gleiche bedarf. Berührung mit Eis wurde dabei gar nicht empfunden; Berührung mit einem sehr warmen Metallgriffe wurde als »Stich« gefühlt, mit einem weniger warmen gar nicht. Bei Kontrollversuchen auf der Haut wurde Kälte und Wärme richtig empfunden. Es war das Peritoneum parietale hinter dem rechten Musc. rectus, dicht oberhalb der Blase, das in diesem Falle untersucht wurde. Durch diesen Versuch ist man also nicht weiter gekommen, als dass die Frage über die Wärme- und Kältenerven im Peritoneum parietale zum Gegenstande neuer Untersuchungen gemacht werden muss. Daher ist es nothwendig, ganz große Flächen zu untersuchen, da man sicher weiß, dass sich an der Haut am Schenkel und am Rücken Flecke von vielleicht 2—3 cm Durchmesser finden, wo keine Kältepunkte nachzuweisen sind. Der hier mitgetheilte Versuch spricht dafür, dass das Peritoneum parietale keine Berührungsnerven besitzt. Die Berührung mit kalten oder warmen Gegenständen wurde nämlich nur wahrgenommen, wenn das Metall sehr warm war, und dann als »Stich«, d. h. als eine Art von Schmerz.

Meine Erfahrung über die Sensibilität des Peritoneum parietale beschränkt sich auf die vordere Bauchwand an beiden Seiten, von der Mittellinie nach hinten bis zu der mittleren oder hinteren Axillarlinie, so wie auf das Peritoneum in beiden Fossae iliacae. Darüber weiß ich, dass die Serosa (Subserosa) sehr empfindlich für Klemmen (Arterienklemmen), für Schnitte, Kneipen, für den Thermokauter und nicht am wenigsten für Dehnung ist. Zu dem am meisten Schmerzhaften gehört, wie schon erwähnt, das Einlegen oder Ausziehen von Kompressen zwischen die Eingeweide und die Bauchwand. Wenn man das Coecum, das Colon ascendens, die Flexura coli hepatica, den Processus vermiformis, den untersten Theil des Ileum mit seinem Mesenterium auf solche Weise nach vorn hebt, dass eine Dehnung oder Spannung am Peritoneum parietale entsteht, so empfinden die Pat. stets mehr oder weniger Schmerz. Dasselbe gilt vom oberen Schenkel der Flexura sigmoidea[1]. Finden sich Ad-

[1] Ich habe nur solche Darmtheile genannt, die ich zu dehnen Gelegenheit gehabt habe.



härenzen zwischen dem Omentum oder den Därmen und dem Peritoneum parietale, so ruft jede (stärkere) Anspannung dieser Adhärenzen eine Dehnung des Peritoneum parietale hervor, die als Schmerz empfunden wird. Bringt man einen Finger an das Peritoneum parietale hinter der vorderen Bauchwand, so kann Pat. angeben, ob es auf der linken oder rechten Seite ist, wo man ihn berührt.

Die Empfindlichkeit der Parietalserosa gegen Schmerz beruht auf den in der Subserosa verlaufenden Nervenfasern von den Interkostal-, Lumbal- und Sacralnerven. Dies wird dadurch bewiesen, dass, wenn man bei einem lateralen Bauchschnitte die Nerven berücksichtigt und sie durchschneidet, die Serosa medial von dem Schnittrande gefühllos wird, wenn auch nicht in so großer Ausdehnung, als man von vorn herein erwarten möchte; das beruht aber auf den zahllosen Verbindungen zwischen den angrenzenden Nerven. Die Serosa wird auch gefühllos, wenn man am lateralen Rande der Wunde alle sichtbaren Nerven aufsucht und in jeden Nerven eine $^1/_2$—1 %ige Cocainlösung einspritzt. Eine wohlgelungene Infiltration der Subserosa nach Schleich macht auch die Serosa anästhetisch.

Unter der Betonung, dass nur der direkte Sensibilitätsversuch in jedem besonderen Theile der Bauchserosa entscheidende Bedeutung für unsere Auffassung der Sensibilität in der Bauchhöhle haben kann, bis eine derartige Untersuchung ausgeführt ist, dürfte man doch annehmen können, dass die Serosa (Subserosa) an der Bauchwand Gefühlsnerven in gleicher Ausdehnung empfängt, wie die Interkostal-, Lumbal- und Sacralnerven an der Außenseite der Serosa verlaufen, d. h. von den Foramina intervertebralia (sacralia) anteriora bis zur Linea alba, so wie an der Vorderseite der Mm. psoas, wo diese Muskeln ihren Ursprung von den Wirbelkörpern nehmen. Es dürfte hingegen unsicher sein, ob die Serosa vor den Nieren Gefühl hat, da die Interkostalnerven und die Nn. ileo-hypogastricus und ileo-inguinalis an der Hinterseite der Nieren liegen. Die Lage der Ureteren ist so beschaffen, dass diese während ihres ganzen Verlaufes Gefühlsnerven empfangen können (Nierensteinkolik = Ureterkolik). Bis vor einigen Tagen erachtete ich es auch für sicher, dass auch die Serosa vor der Wirbelsäule Sensibilität besitze, aber es wurde mir zweifelhaft durch folgenden Versuch. Ich hatte die Gastroenterostomie und Enteroanastomose bei einem Pat. gemacht, der vollständig wach und bei Bewusstsein war, als ich mit einem Zeigefinger auf den 4. Lumbalwirbel, wie ich glaube, an der rechten Seite der Aorta drückte. Er fühlte nicht, dass ich ihn berührte. Eben so verhielt es sich, wenn ich mit dem Finger auf das Promontorium in der Mittellinie des Körpers drückte. Kam ich dagegen während dieses Sensibilitätsversuches mit den anderen Fingern an die Bauchwunde oder an das Peritoneum parietale, dann bemerkte er sofort, dass ich ihn berührte. Derselbe Pat. hatte auch keine Empfindung davon, dass ich leise sein Dünndarmmesenterium nach vorn von dessen Wurzel dehnte. Ich möchte annehmen, dass es der mittelste Theil des Mesen-

terium war, der gedehnt wurde. Ich halte es desshalb noch nicht für ausgemacht, ob die Serosa vor den 2 unteren Lumbalwirbeln oder vielleicht auch vor den Sacralwirbeln zwischen den beiden Sympathicussträngen Sensibilität besitzt. Lateral davon liegen die Mm. psoas major und minor auf jeder Seite vom Rückgrate. Da diese Muskeln von cerebrospinalen Nerven durchsetzt sind, ist es, wie ich schon vorher sagte, glaublich, dass die Serosa vor beiden Mm. psoas Sensibilität besitzt. So viel ich weiß, giebt es keine Untersuchungen über die Sensibilität des Diaphragma. Ich selbst habe bei der vorher erwähnten Cystostomie nur konstatiren können, dass das Einstopfen von Kompressen zwischen das Diaphragma und die vordere Leberfläche in der Gegend der Mammillarlinie für den Pat. besonders schmerzhaft war. Da indessen das Diaphragma von den 6 untersten Paaren der Interkostalnerven innervirt wird, und außerdem beide Nn. phrenici als sensitive Fasern führend betrachtet werden, kann man, bis Sensibilitätsuntersuchungen das Gegentheil ergeben haben, annehmen, dass nicht nur der Zwerchfellmuskel, sondern auch die beiden Serosablätter, das thorakale und das abdominale, Sensibilität besitzen. Dafür sprechen auch die Interkostalneuralgien, die bei subphrenischen Abscessen vorkommen können. Da das Diaphragma seinen Ursprung von der Vorderseite der Wirbelsäule nimmt, hinab bis zum intermediären Knorpel zwischen dem 3. und 4. Lumbalwirbel, kann man auch bis auf Weiteres annehmen, dass die Parietalserosa vor dem 12. Brustwirbel und den 3 oberen Lendenwirbeln Sensibilität besitzt und dass sich Gefühlsnerven hinter dem fixirten Theile des Duodenum und also auch in der Umgebung des Ductus choledochus finden. Man muss ferner an die Möglichkeit denken, dass eine Anzahl sensitive Fasern durch die Ligg. coronaria auf die zunächst gelegenen Theile der Leber und ihrer Serosa übergehen können. Alles, was ich hier über die Sensibilität am Peritoneum parietale, am Diaphragma und vor den 3 oberen Lumbalwirbeln gesagt habe, ist indessen nur eine Hypothese. Die anatomische Anordnung der Nerven hat nämlich bei diesen Fragen keine Bedeutung, weil man ja nach dem anatomischen Aussehen eines Nerven nicht über seine Funktionen urtheilen kann. Der direkte Sensibilitätsversuch bedeutet hier Alles.

Will man alles hier Gesagte in eins zusammenfassen, so ergiebt sich, dass Magen, Darmkanal und Mesenterien, so wie die Gallenblase weder Schmerz-, noch Berührungs-, Wärme- oder Kältenerven besitzen und das Peritoneum parietale[2] sehr reich an Schmerznerven ist.

Hierzu ist nun zu bemerken: 1) dass ich nur Gelegenheit gehabt habe, die vordere und hintere Seite des Magens in der Nähe der

[2] Unter Peritoneum parietale (Parietalserosa im Gegensatze zu der Visceralserosa) begreife ich so wohl die Serosa, als auch die Subserosa, während die Parietalserosa in der engeren Bedeutung des Wortes nur eine einzige Schicht von Endothelzellen umfasst.

großen Kurvatur zu untersuchen, 2) dass icht nicht die Magen- und Darm-Schleimhaut mit chemischen Reizmitteln untersucht habe, außer im Coecum (2 Fälle) und in der Flex. sigmoidea (1 Fall), alle 3 Male mit Lapis in Substanz. Die Möglichkeit, dass besonders der Magen für chemische Reizmittel schmerzempfindlich sein kann, bleibt desshalb zu untersuchen übrig; 3) die Empfindlichkeit des Peritoneum parietale (der Subserosa) für Schmerzen ist konstatirt an der vorderen Bauchwand und in beiden Fossae iliacae, für die übrigen Theile aber nehme ich aus den Gründen, die ich vorher angeführt habe, an, dass sie vorhanden ist.

Um zu zeigen, wie diese meine Auffassung sich von denen der Autoren unterscheidet, die neuerdings über die betreffende Frage geschrieben haben, will ich nur den Chirurgen und Anatom Byron Robinson (Chicago, Ill.) und den Professor der Chirurgie in Kopenhagen Oscar Bloch anführen. Robinson hat in seiner großen Arbeit »The Peritoneum« (Chicago 1899) Alles zusammenzustellen gesucht, was man über die Histologie und Physiologie der gesunden Serosa weiß. Wo von der Sensibilität die Rede ist, sagt er, dass die gesunde Serosa sehr wenig empfindlich ist, und er führt als Beweis hierfür an, dass man bei einem Versuchsthiere die Därme mit trockner Gaze reiben kann, ohne dass es das Thier zu merken scheint, aber im entzündeten Zustande gehen von der Serosa »the most agonizing pains« aus. Er erwähnt den großen Reichthum an Nervenfasern und Nervenplexus in der Subserosa der Gallenblase und sagt, dass man daraus »the excruciating pain« bei der Gallensteinkolik verstehen könne. Bloch hat in seiner Arbeit »Om Inskränkning i Anvendelsen af Inhalationsanästhesi«[3] ein Kapitel »om de forskjellige Vävs Sensibilitet«, in dem eine Menge besonders interessante persönliche Erfahrungen über die Sensibilitätsverhältnisse in allen Theilen des Körpers gesammelt sind. Bloch's Auffassung der Sensibilität in der Bauchhöhle ist, wie ich glaube, durch folgende 4 Citate charakterisirt. »Sowohl das Peritoneum parietale wie das viscerale ist nicht sensibel. — — Man kann das Peritoneum parietale durchschneiden, man kann klemmen, kneipen, schneiden und zwicken an gesunden Därmen, ohne dass der Pat. Schmerz dabei fühlt, ja bisweilen merkt er nicht einmal die Berührung!« (l. c. p. 33). »Das kranke Peritoneum ist dagegen, besonders bei akuten Entzündungen, sehr sensibel; man denke bloß an Peritonitis und gewöhnlichen Magenschmerz« (l. c. p. 35). »Sicher ist es nach meiner eigenen Erfahrung, dass man die Mucosa des Darmes berühren, zwicken oder schneiden kann, ohne dass Pat. Schmerz dabei empfindet.« — — »Im Magen selbst und in den Därmen liegen bisweilen die Nahrungsmittel und wälzen sich und passiren den langen Weg unter lebhafter Peristaltik der Därme selbst, ohne dass man das ahnt, wenn der Darm gesund ist« (l. c. p. 40).

---

[3] Nord. med. Arkiv 1899.

Die hier nach Bloch und Robinson angeführte Ansicht ist die, die schon seit Flourens von den Physiologen allgemein angenommen ist. So schreibt Charles Richet (Artikel Douleur p. 186 im 1. Fascicule du tome V. seines »Dictionnaire de physiologie« Paris 1900): »Cette différence de sensibilité entre des parties enflammées et des parties saines est telle que certains organes, absolument insensibles normalement, deviennent sensibles aux excitations douloureuses, quand ils s'enflamment.«

Für mich liegt etwas Unbegreifliches in einer solchen Auffassung. Hierzu kommt, dass ich selbst in Fällen von akuter Peritonitis die Visceralserosa und die Därme eben so insensibel gefunden zu haben glaube, wie in gesundem Zustande.

Wie stimmen nun meine Sätze: 1) das Peritoneum parietale ist reich an Schmerznerven; 2) Peritoneum viscerale, Magen und Darmkanal, Gallenblase, Nieren und Leber haben keine Schmerz-, Berührungs-, Wärme- und Kältenerven, mit dem täglich beobachteten Verhalten überein? (Zu beachten ist, dass die Sensibilität an der Leber und Niere nur in je einem Falle untersucht worden ist und beide Male nur ein ganz kleiner Theil der betreffenden Organe.) Es ist hier zunächst auf die allgemein bekannte Erfahrung hinzuweisen, dass ein gesunder Mensch keine Empfindung von der Verdauungsarbeit hat, auch bei der verschiedensten Diät nicht. Eben so wenig erfährt er von der Arbeit der Leber oder der Nieren. Es muss ja auch als eine Wahrheit betrachtet werden, dass der Mensch keinen Nutzen davon hätte, wenn er die Wanderung der Nahrung durch seinen Körper erführe, vom Passiren des Schlundes an, bis die Exkremente fertig sind, um das Rectum zu verlassen. Eine Menge Beobachtungen sprechen dafür, dass Gallensteine lange Zeit in der Gallenblase vorhanden sein können, ohne dass die Pat. irgend welchen Schmerz empfinden. Magen- und Darmgeschwüre können ganz schmerzlos verlaufen. Es sind Fälle bekannt, in denen die ersten Schmerzen im Zusammenhange mit der Perforation und Peritonitis auftraten. Jeder dürfte erfahren haben, dass man selbst bei heftiger Darmperistaltik sehr oft keine andere Empfindung von den Bewegungen der Därme hat, als das Kollern im Leibe, das durch die Fortbewegung der Gase in den Därmen verursacht wird — »es kollert im Leibe«. Aber, was ist dann Darmkolik? Sobald die Theile des Darmes, die kein Mesenterium haben, oder die an das Peritoneum parietale durch Peritonealduplikaturen oder durch Adhärenzbildungen fixirt sind, die so gewöhnlich sind, dass sie fast normal genannt werden können, nämlich das Coecum, das Colon ascendens, die Flexura coli hepatica und lienalis, so wie das Colon descendens, sobald, sage ich, diese Darmtheile mehr als gewöhnlich ausgedehnt werden, dann wird das Peritoneum parietale nach ihnen hin und vielleicht auch zum Theile über die ausgedehnten Därme gezogen. Hierdurch entsteht eine Dehnung der Nerven in der Sub-

serosa in der Bauchwand. Nach dem, was vorher gesagt worden ist, scheint kein Eingriff an dem Peritoneum parietale so schmerzhaft zu sein, als eine rasche Dehnung. Die Ursache des Kolikschmerzes ist desshalb nach meiner Ansicht eine hastig aufgetretene Dehnung der Nerven im Peritoneum parietale im Zusammenhange mit einer akuten Ausdehnung irgend eines Theiles des Darmkanales. Noch größer wird wahrscheinlich die Dehnung der Nerven und in Folge dessen auch die Kolik, wenn angrenzende Theile der genannten Därme gleichzeitig stark zusammengezogen und sehr bedeutend ausgedehnt sind. Ist das ganze Colon stark von Gasen ausgedehnt, so kommt dazu außerdem ein allgemeines Gefühl von Spannung und Völle im ganzen Bauche, und noch schlimmer wird es natürlich, wenn auch der obere Theil des Digestionskanales abnorm ausgedehnt ist. Dass die Beschwerden sehr bald auch nach oben in der Brust gefühlt werden — »es steckt wie ein Pfahl in der Brust« — ist ja nicht wunderbar, da es zum Theil die Serosa des Diaphragma ist, die der Dehnung ausgesetzt ist. Der hierdurch hervorgerufene Schmerz kann wahrscheinlich zu abnormen, an und für sich schmerzhaften Kontraktionen des Diaphragma mit folgenden Störungen der Respiration führen. Dass diese Erklärung des Kolikschmerzes richtig ist, wird dadurch bewiesen, dass die Schmerzen ganz allmählich nachlassen und verschwinden, je nachdem die Dehnung dadurch abnimmt, dass die Darm- und Magengase durch den After oder den Mund abgehen.

Wenn das Duodenum mehr als gewöhnlich ausgedehnt oder krampfhaft zusammengezogen wird, so muss das auch als Schmerz empfunden werden. Unter gesunden Verhältnissen glaube ich nicht, dass andere Störungen vom Magen-Darmkanal ausgehen, als diejenigen, die durch eine solche Dehnung der Nerven im Peritoneum parietale, von der hier die Rede ist, erklärt werden können.

Hochgradiger Ascites bringt ja ein Gefühl von Schmerz und Spannung mit sich; dass er keine akuten Schmerzen mit sich bringt, beruht aller Wahrscheinlichkeit nach darauf, dass die ganze Bauchwand nur nach und nach bei der Ansammlung der Flüssigkeit gedehnt wird.

Von den Krankheiten im Magen-Darmkanale (Infektionen der Mucosa, Ulcera rotunda, dysenterische, tuberkulöse, typhöse etc. Geschwüre, Krebs etc.) glaube ich nicht, dass sie eher Schmerz verursachen, als bis sie eine begrenzte oder diffuse Entzündung im Peritoneum parietale verursacht haben. Diese dürfte in den meisten Fällen durch eine Lymphangitis eingeleitet werden, zuerst in den Darmwänden und den Lymphbahnen des Mesenteriums und dann in denen des Peritoneum parietale, und nicht selten vereint mit einer Lymphadenitis. Führt nun die erwähnte Entzündung im Peritoneum parietale zu Verwachsungen, z. B. zwischen dem Magen und der vorderen Bauchwand oder der hinteren Bauchwand oberhalb

des Pankreas[4], so kann man verstehen, dass die Schmerzen nicht eher zur Ruhe kommen, als bis das Magengeschwür geheilt wird, wie z. B. nach einer Gastroenterostomie. Die Entzündung in der Subserosa der Bauchwand und in den umgebenden Theilen wird nämlich durch eine beständige Zufuhr von neuen Infektionsstoffen vom Magen aus unterhalten. Dasselbe dürfte auch von allen Darmgeschwüren, von allen ulcerirenden bösartigen Geschwülsten etc. gelten, wenn der Grund des Darmgeschwüres mit dem Peritoneum parietale verwachsen ist.

Die Schmerzen bei Adhärenzen sind auch leicht zu verstehen. Nur Adhärenzen, bei denen eine Dehnung am Peritoneum parietale zu Stande kommen kann, verursachen Schmerz. Es ist begreiflich, dass ein einfaches Band oder eine strangförmige Adhärenz mehr Störung verursachen kann, als eine mehr diffuse Adhärenzbildung. Diese zuletzt genannte gestattet nämlich oft weder eine stärkere Erweiterung, noch Zusammenziehung der adhärenten Därme. Die Schmerzen bei der chronischen Appendicitis beruhen auf einer chronischen Lymphangitis und Lymphadenitis in der parietalen Subserosa und auf Verwachsungen mit dem Peritoneum parietale und dadurch entstandener Dehnung der Nerven der parietalen Serosa bei wechselnder Zusammenziehung und Erweiterung des Ileum und Coecum. Oft geben diese Pat. an, dass sie den Augenblick des Passirens der Darmgase an der schmerzhaften Stelle im Bauche fühlen und angeben können. Es ist zu berücksichtigen, dass die Subserosa, durch welche die Lymphbahnen von der Appendix ausgehen, vor dem M. psoas liegt. In Folge der Bewegungen dieses Muskels kann natürlich auch eine geringe Entzündung in der Serosa und dem Bindegewebe, die vor ihm liegen, Schmerzen und unangenehme Empfindung mit sich bringen.

Der Raum gestattet eine längere Diskussion dieser interessanten Themata nicht; es ist aber doch nöthig, kurz der akuten Peritonitiden zu gedenken. Es kommt vor, dass ein Pat. dabei so wenig Druckempfindlichkeit über dem Bauche zeigt, dass, obwohl alle übrigen Zeichen auf eine diffuse oder lokale Peritonitis hindeuten, man doch bei einer nicht nennenswerthen Druckempfindlichkeit kaum wagt, die Gegenwart dieser Krankheit anzunehmen. Ich will das Gesagte durch ein paar Beispiele illustriren. Vor mehr als einem Jahre kam in die chirurgische Klinik eine Pat. mit der Diagnose diffuse Peritonitis. Der diensthuende Assistent meinte, dass die Druckempfindlichkeit über dem Bauche gar zu unbedeutend sei, um zur Annahme dieses Leidens zu berechtigen, er schickte vielmehr die Pat. in die medicinische Klinik mit der Diagnose Abdominaltyphus. Eine ganz deutliche Empfindlichkeit im kleinen Becken bei der Palpation vom Rectum und von der Vagina aus glaubte er auf die geschwollene und entzündete Schleimhaut des Rectums zurückführen zu dürfen. Die

[4] Über die Sensibilität des Pankreas weiß man nichts.



Pat. lebte noch 14 Tage. Der Bauch wurde mehr ausgedehnt, aber die Druckempfindlichkeit über der Bauchwand war die ganze Zeit bemerkenswerth gering. Bei der Sektion fand man Abdominaltyphus und zwei Darmperforationen. Im kleinen Becken und in den centralen Theilen des Bauches fand sich eine große Höhle, die nach oben zu abgegrenzt wurde vom Mesocolon und Colon transversum, nach den Seiten vom Colon und nach vorn zu vom Omentum, das »lockerer oder fester adhärent war an der vorderen Bauchwand«, aber durch Bindegewebebildung unten im kleinen Becken festgewachsen war. Ein anderes Beispiel: Ich operirte neulich einen 44 Jahre alten Mann wegen trockner, diffuser Streptokokkenperitonitis, die von einer im kleinen Becken adhärenten, nekrotischen, aber nicht perforirten Appendix ausging. Es war starke Empfindlichkeit bei der Palpation vom Rectum aus vorhanden, aber eine höchst mäßige Empfindlichkeit bei Druck auf die vordere Bauchwand. Es zeigte sich, dass das Peritoneum parietale der vorderen Bauchwand ein natürliches Aussehen hatte, und dass ein fettreiches Omentum mit nur geringer Gefäßinjektion zwischen der vorderen Bauchwand und den gerötheten Därmen ausgebreitet lag. Pat. starb am 4. Krankheitstage, $2^1/_2$ Tage nach der Operation. Man vergleiche hiermit die hochgradige Druckempfindlichkeit in solchen Fällen von geringer Appendicitis, in denen die Appendix mit der vorderen Bauchwand verwachsen war und die Parietalserosa folglich bei jedem neuen Anfalle sofort entzündet wurde. Die Druckempfindlichkeit an der vorderen Bauchwand hängt also in sehr hohem Grade davon ab, ob auch das vordere Peritoneum parietale entzündet ist. Bei allen Beckenperitonitiden und bei allen diffusen Peritonitiden hat die Palpation von der Vagina und besonders vom Rectum aus die allergrößte Bedeutung, weil man mit dem Finger der kranken Parietalserosa im kleinen Becken nahe kommt. So weit nach oben wie in gleicher Höhe mit der Fossa Douglasii hat das Rectum wahrscheinlich keine Sensibilität (vergl. hierüber Bloch, l. c. p. 34, 35). Wenn ein Entzündungsherd so gelegen ist, dass kein Theil des Peritoneum parietale[5] von der Entzündung berührt wird, weder direkt, noch sekundär (z. B. durch eine retroperitoneale Lymphangitis), muss er nicht Veranlassung zu spontanen Schmerzen oder auch nicht zu Druckempfindlichkeit geben.

Einige Worte über lokale und allgemeine Anästhesie bei Bruch- und Bauchoperationen.

Dieser Aufsatz ist schon gar zu lang für das Centralblatt für Chirurgie. Ich muss mich desshalb kurz fassen.

Bei Inguinalhernien bin ich Cushing (l. c.) gefolgt. Infiltration der Haut nach Schleich. Ich habe seine Lösung No. 2 4mal verdünnt (d. h. 0,05 Cocain und 0,01 Morphium auf 200 ccm

---

[5] Es ist zu beachten, dass es ungewiss ist, ob die Parietalserosa vor der unteren Hälfte der Lumbalgegend und der Sacralgegend zwischen den beiden Sympathicussträngen Sensibilität besitzt.

7,5%ige Kochsalzlösung). Schnitt bis zur Aponeurose im oberen lateralen Theile der Wunde. Nach Theilung der Aponeurose in der Faserrichtung derselben sieht man 1 oder 2 Nerven, die Nn. ileo-hypogastricus und ileo-inguinalis. Man spritzt eine Pravaz'sche Spritze oder mehr von $^1/_2$%igem (Cushing 1%igem) Cocain in jeden Nerven. Nun kann man das subkutane Bindegewebe und die Aponeurose in der ganzen Ausdehnung des Operationsfeldes schmerzlos durchschneiden; die Zweige des Nervus ileo-hypogastricus, die zusammen mit einer größeren Vene den Ann. inguinalis subcutaneus kreuzen, sind nämlich nun anästhetisch. Sieht man unter der Aponeurose oberhalb des Ligamentum Pouparti noch einen weiteren Nerven, so ist es geboten, auch in ihn Cocain einzuspritzen. Danach wird die Muskulatur (Mm. obliquus int. und transvers.) sammt den cocainisirten Nerven nach oben gebracht und die Bruchoperation auf gewöhnliche Weise ausgeführt. Cushing hat theils nach Bassini, theils nach Halsted operirt und hat außerdem in mehreren Fällen auch gleichzeitig den Hoden exstirpirt. Alle diese Eingriffe sind schmerzlos oder fast schmerzlos gewesen. Nach meiner Erfahrung (ich habe nur nach Bassini operirt) sind der Bruchsackhals selbst und die angrenzenden Theile des Peritoneum parietale nie ganz gefühllos gewesen. In einem Falle, in dem ich die Kastration machen musste, amputirte ich den Samenstrang hoch oben, d. h. am Ann. inguinalis peritonealis. Dabei hatte Pat. vollständiges Gefühl. Derselbe Pat. fühlte auch Schmerz, als ich den Hoden vom Boden des Scrotum ablöste (N. pudendus, vergl. Cushing). Die Nervenvertheilung in der Inguinalgegend ist indessen so wechselnd, dass man, wie gesagt, bisweilen nicht mehr als einen Nerven findet, und in Folge dessen kann auch irgend ein anderer Akt der Operation als der genannte mit Schmerz verbunden sein, so z. B. die Ablösung des Funiculus spermaticus nach Bassini. Im Bruchsacke festgewachsenes Omentum und ein Meckel'sches Divertikel habe ich exstirpirt, ohne dass Pat. es merkte. Bei Cruralhernien kann man vermuthlich mit Schleich's Infiltration auskommen. Will man das starke Ödem im tieferen Theile des Operationsfeldes umgehen, kann man, wie ich es in 2 Fällen gemacht habe, Cushing's Methode für Inguinalbrüche auch bei Cruralhernien anwenden. Ich machte die Infiltration nach Schleich vor dem Lig. Pouparti, öffnete die Aponeurose und spritzte Cocain in den oder die Nerven, die ich unmittelbar über dem Lig. Pouparti sah, nämlich den N. ileo-inguinalis und den medialen Zweig des N. genito-cruralis (vergl. Tafel 54 in Hirschfeld-Leveillé's bekanntem Nervenatlas). Danach sind die oberen und die medialen Theile der Fossa ovalis gefühllos, aber das Vorziehen und das Abbinden des Bruchsackhalses sind fortwährend schmerzhaft. Diese Art, die lokale Anästhesie herzustellen, dürfte Demjenigen willkommen sein, der Kocher's Methode anwendet (s. Cruralbruch in der neuesten Auflage von Kocher's Operationslehre). Finden sich Zeichen von Infektion in der Umgebung einer eingeklemmten Hernie, dann wage ich Schleich's Verfahren nicht anzuwenden. Ich bin nämlich

überzeugt, dass es zu Bakteriämie führen kann, eben so wie ich glaube, dass man auf dieselbe Weise bösartige Neubildungen und Tuberkulose verbreiten kann. In solchen Fällen kann man eine $^1/_2$%ige Cocainlösung in die Haut selbst einspritzen oder vielleicht besser Äthylchlorid lokal und eine leichte Morphium-Äthernarkose anwenden. Wird der Bruch gangränös befunden, dann macht man bei Cruralhernien einen Bauchschnitt zur Umgehung der Durchschneidung des Lig. Pouparti. Sobald die Därme für die Resektion zurechtgelegt sind, wird mit der Narkose aufgehört.

Ich bin stets skeptisch gewesen in Hinsicht auf die Ausführung von Köliotomien unter lokaler Anästhesie. Ich habe nämlich eine reiche Erfahrung darüber, wie schädlich Schmerzen auf ein schwaches Herz einwirken. Nach dem, was ich im letztvergangenen Herbste gesehen habe, glaube ich indessen, dass eine Vereinigung von lokaler und allgemeiner Anästhesie die Zukunft für sich hat in allen den Fällen, in denen man sich vor einer gewöhnlichen Narkose fürchtet. Man kann vor dem Beginne der Operation $^3/_4$ oder 1 cg Morphium einspritzen und zugleich Schleich's Infiltration in und unter der Haut und der Aponeurose anwenden. Ist es nicht gelungen, die Subserosa zu infiltriren, oder will man sich keine Beschwerden damit machen, so lässt man den Pat. Chloroform oder Äther einathmen. Sobald er nicht reagirt, wird das Peritoneum parietale durchschnitten, Adhärenzen an dem Peritoneum parietale werden gelöst. Die Eingeweide werden zurechtgelegt für Resektion, Anastomosenbildung, Exstirpation des Proc. vermiformis, Entfernung von Gallensteinen etc. Danach wird sofort mit der Inhalation des Anästheticums aufgehört. Vermuthlich kann man auch schmerzlos Geschwülste der Ovarien, der Tuben und des Uterus exstirpiren, wenn man nicht gleichzeitig die Befestigungen des Uterus oder der Adnexe an die Beckenwand zu dehnen braucht. Zum Herausnehmen von Kompressen aus der Bauchhöhle, zur Zurücklegung der Eingeweide und zum Zusammennähen des Peritoneum parietale leitet man wieder allgemeine Anästhesie ein. Auf diese Weise werden die Operationen wirklich schmerzlos, und gleichzeitig ist dabei die verbrauchte Menge von Chloroform und Äther gering. Es gilt, so wenig Chloroform oder Äther anzuwenden, dass Pat. nicht zum Erbrechen während der Operation kommt. Ich selbst wende Äther an, wenn sich keine Kontraindikation gegen ihn von Seiten der Luftwege findet. Man braucht dabei einen längeren Bauchschnitt als bei gewöhnlicher Anästhesie, da die Dehnung der Bauchwunde mit Haken besonders schmerzhaft ist. Es ist auch von Gewicht, einen bequemen, im nordischen Klima erwärmbaren, Operationstisch zu haben, auf dem der Pat. richtig und gut liegt, und mit dessen Hilfe man die Beckenhochlage oder die Beckentieflage ausführen und den Pat. auf die Seite wenden kann, ohne ihn aus der Lage zu rücken. Diese Anforderungen werden, glaube ich, von einem Laparotomietische erfüllt, der unter meinem Beirath von den beiden Kopenhagener Ärzten Dr. Fenger Just und

Dr. Madsen konstruirt worden ist. Er findet sich neuerdings in der Hospitals Tidende (No. 47, 1900) beschrieben. Man muss ferner darauf sehen, dass der Pat. die Instrumente nicht sehen und womöglich auch nicht hören kann. Eine Person muss die ganze Zeit damit beschäftigt sein, den Pat. zu unterhalten und seine Wünsche zu beobachten — »the moral anaesthesist«.

Ich hoffe bald Gelegenheit zu haben, in den »Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie« ausführlich diesen Stoff zu behandeln, mit Anführung der Angaben über die Sensibilitätsverhältnisse in der Bauchhöhle, die man in der Litteratur finden kann, und mit Wiedergabe meiner Operationsprotokolle.

Upsala, 23. December 1900.

---

1) **W. Liebert.** Zur Frage des peripheren Wachsthums der Carcinome.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 1.)

Nach L.'s Untersuchungen kommen sekundäre Verschmelzungen von Carcinomen mit normalem Deck- und Drüsenepithel am Rande von Geschwülsten entschieden häufiger vor, als sie von anderer Seite bisher anerkannt worden sind. Dieselben spielen beim peripheren Wachsthum der Carcinome eine große, doch keineswegs ausschließliche Rolle. Bei über 60 Hautcarcinomen konnte dieser sekundären Vereinigung von Carcinomzapfen mit normalem Epithel nur etwa in der Hälfte der Fälle eine erhebliche Bedeutung zugeschrieben werden, in anderen Fällen handelte es sich zweifellos um peripheres Wachsthum des Krebses durch von einander unabhängige, multiple Tiefenwucherungen.

Mit Ribbert wird von Verf. hervorgehoben, dass es zum mindesten bedenklich sei, von älteren, ulcerirten Carcinomen Schlüsse auf die Histogenese des Krebses zu ziehen. **Honsell** (Tübingen).

---

2) **P. J. Diakonow.** Lernen und Lehren in der topographischen Anatomie und operativen Chirurgie.

(Chirurgia Bd. VI. p. 81—116. [Russisch.])

Der bekannte russische Chirurg äußert sich in sehr bemerkenswerther Weise über obiges Thema, das, obwohl hauptsächlich auf die russischen Universitäten Bezug nehmend, auch für die Unterrichtsverhältnisse anderer Länder manches Lehrreiche enthält.

(Zum besseren Verständnisse sei in aller Kürze auf einige Besonderheiten des chirurgischen Unterrichts in Russland hingewiesen.

Während es in Deutschland nur eine chirurgische Klinik und einen Ordinarius für Chirurgie giebt, ist der chirurgische Unterricht in Russland unter 3 Ordinarien vertheilt. Zunächst giebt es 2 chirurgische Kliniken, die Fakultäts- und die Hospitalklinik.

Die erstere, die Fakultätsklinik, hat die Aufgabe, mehr die allgemeine Chirurgie, Untersuchungsmethoden und allgemeine Therapie zu behandeln. Sie wird von den Studenten des 4. Kursus besucht.

Die Hospitalklinik dagegen dient zur weiteren Vervollkommnung in den praktischen Aufgaben des Arztes, und in ihr werden die Studenten des 5. Kursus beschäftigt. Ihr Gebiet ist mehr die Kasuistik.

Außerdem giebt es aber drittens einen Lehrstuhl für topographische Anatomie und operative Chirurgie mit einem besonderen Institute. Dieses Institut in Moskau ist eben der Wirkungskreis des Prof. P. J. Diakonow. Außer den beiden letztgenannten Gegenständen gehört zu den Lehraufgaben dieses Instituts noch das Gebiet der Frakturen und Luxationen, der Verbandskurs und auch noch Orthopädie. Das Institut ist mit reichlichen Mitteln und Vorrichtungen für die Betreibung anatomischer Übungen und Einrichtungen für Vivisektionen ausgestattet.

Auch enthält es eine pathologisch-anatomische Sammlung chirurgisch interessanter Präparate und eine Sammlung alter Instrumente für Lehrzwecke. Das Institut gehörte zu jenem »klinischen Städtchen« auf dem Jungfernfelde, welches wir auf dem internationalen Kongresse 1897 in Moskau kennen und schätzen gelernt haben. Bekanntlich ist das ganze klinische Städtchen mit allen seinen Instituten nach einem gemeinsamen Plane aus einem Gusse im letzten Jahrzehnt für die Summe von ca. 8 Millionen Mark erbaut worden. Etwa die Hälfte dieser Summe gab die Regierung her, die andere Hälfte entstammte einer großartigen Privatwohlthätigkeit. Referent.)

D. bespricht die historische Entwicklung seines Lehrgegenstandes und kommt dabei zum Vergleiche auf mehrere andere Länder zu sprechen. In Deutschland sei für topographische Anatomie und operative Chirurgie nichts von besonderen Einrichtungen vorhanden. In Frankreich ist die topographische Anatomie an das Institut für descriptive Anatomie gebunden, während für operative Chirurgie ein besonderer Lehrstuhl besteht, welcher in Paris z. Z. von Terrier eingenommen wird.

Terrier hat gleich seit seinem Amtsantritte (1893) die Beseitigung mancher Mängel seines (seit 1795 bestehenden) Institutes und der betreffenden Lehreinrichtung angestrebt und auch schon, wenn auch mit großer Anstrengung durchgeführt. D. weist nun mit einer gewissen Genugthuung darauf hin, das jene neuesten Verbesserungen des Pariser Institutes in Moskau schon seit lange vorhanden gewesen sind.

Dennoch geht aus der D.'schen Arbeit hervor, dass auch für Russland das Problem der besten Handhabung des Unterrichtes in topographischer Anatomie und operativer Chirurgie offenbar noch nicht gelöst ist; denn D.'s Ausführungen gipfeln in dem Vorschlage, dass zu der Lehrthätigkeit in dem von ihm geleiteten Institute eigent-

lich auch eine chirurgische Klinik gehören sollte, und meint, es gehe sehr wohl an, die Lehrthätigkeit an seinem Institute mit der an einer chirurgischen Klinik zu verbinden.

Den Vorwurf, dass damit ein Zurückgreifen auf einen bereits vorhanden gewesenen Zustand geschehe, weist er damit zurück, dass es sich früher nicht um eine so selbständig entwickelte Disciplin mit einem eigenen Institute für operative Chirurgie gehandelt habe und die Sache jetzt eine ganz andere, größere Bedeutung habe.

Egbert Braatz (Königsberg i/Pr.).

---

3) **G. de Rouville** et **J. Braquehaye.** Consultations chirurgicales à l'usage des praticiens.

Paris, **Baillière et fils,** 1901. 351 S.

Das Buch hält im Wesentlichen, was es verspricht, und ertheilt seine Rathschläge kurz und klar. Der Stoff ist alphabetisch geordnet und auf die Chirurgie des praktischen Arztes beschränkt. In Allem, was die Kompetenz desselben überschreitet, räth Verf. zur Zuziehung des Fachchirurgen, ohne jedoch die Thätigkeit des Arztes allzu ängstlich einzudämmen. In dieser Hinsicht kann das Werk sogar als recht gewissenhafter Rathgeber bezeichnet werden.

Die einzelnen Abschnitte nennen im Lapidarstil Ursachen, klinische Symptome und Komplikationen und bringen kurz und doch erschöpfend mit manch praktischem Winke die Behandlungsweisen. Das Buch kann den deutschen Kollegen recht empfohlen werden, die sich über die gebräuchlichsten Methoden der kleinen Chirurgie unserer westlichen Nachbarn bequem zu orientiren wünschen.

Christel (Metz).

---

4) **Drehmann** (Dresden). Beitrag zur Händedesinfektion mit Dr. Schleich's Marmorstaubseife.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1900. Hft. 8 u. 9.)

D. hat sich bestrebt, durch zahlreiche Versuche, deren Anordnung der Interessent im Originale nachlesen mag, den Werth der von Schleich vorgeschlagenen Händedesinfektion mit Marmorstaubseife festzustellen. Er kommt zu dem Ergebnisse, dass diese Seife ein ausgezeichnetes Desinfektionsmittel für die Hände darstellt, freilich unter der Voraussetzung, dass man damit aufs Genaueste vertraut sei, eine Voraussetzung, welche jedoch wohl bei jeder Methode der Händedesinfektion eben so gestellt werden muss. Doch sind die Proben immerhin nicht ganz so günstig ausgefallen, wie die Versuche Schleich's selbst. Auch ist es theilweise vorgekommen, dass durch die Marmorstückchen oder die sie ersetzenden Sandkörner kleine Hautverletzungen entstanden, Erfahrungen, welche den Gebrauch dieses Waschmittels für bakteriologische Laboratorien nicht brauchbar erscheinen lassen. Statt der von Schleich ursprünglich angewendeten Pulverform, welche aus mehreren Gründen für den ge-

meinen Mann nicht empfehlenswerth erscheint, hat D. eine feste Seife hergestellt, welche, in Porcellan- oder Blechbüchsen aufbewahrt, nicht zu sehr austrocknet. Die zu verwendende Masse wird bei gelinder Erwärmung in wenig Wasser gelöst, dann Marmorstaub hinzugesetzt, gut umgerührt und abgedampft, bis eine dicke schmierige Masse entsteht; diese lässt man in Formen erstarren und kann sie darauf in die gewünschten Stücke zerschneiden. 20 g genügen für eine gewöhnliche Waschung.

Die so hergestellten Stückchen sollen nun im militärischen Dienste nicht nur von Lazarettgehilfen und Krankenwärtern, sondern auch von den Soldaten selbst benutzt werden, von letzteren in der Erwartung, dadurch die Entstehung von Panaritien zu verhüten. Die Herstellung der Seife kann im Großen in den Lazarettapotheken erfolgen, und soll sich der Preis auf etwa 14 ₰ für das Kilo stellen gegenüber 1 ℳ in den Civilapotheken. Ob gerade der Marmorstaub oder der ihn der Billigkeit halber ersetzende Sand einen wichtigen Fortschritt darstellt? Ref. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

---

5) **E. Gaglio.** Sul valore della gelatina come agente emostatico.

(Lavoro estratto dalla Riforma medica N. 171 u. 172. XVI.)
Palermo, 1900.

Zur Beantwortung der Frage nach dem hämostatischen Werthe der Gelatine führte G. 3 Reihen von Experimenten am Hunde aus: Einmal mischte er Gelatinelösung dem Blute in vitro bei, sodann injicirte er dieselbe, auch in großen Mengen, intravenös und schließlich noch subkutan und intraperitoneal. Über die Zahl der in den einzelnen Reihen ausgeführten Experimente berichtet G. allerdings nicht. Die gewonnenen Resultate weichen von denen der früheren Autoren in einigen Punkten ab und lassen sich kurz in Folgendem zusammenfassen: Die Gerinnsel des mit Gelatine gemischten Blutes sind weich und zeigen keine Neigung zum Schrumpfen. Intravenös injicirt wird die Gelatine auch in großen Mengen vom Hunde gut vertragen, erzeugt keine Coagula im Gefäßsysteme, bringt aber außerhalb desselben das Blut etwas schneller als normalerweise zum Gerinnen. Die Ausscheidung der Gelatine aus dem Cirkulationsapparate geht sehr langsam vor sich, und auch subkutan und intraperitoneal injicirt wird dieselbe außerordentlich träge resorbirt. Hingegen weist G. auf die deutliche chemotaktische Wirkung der Gelatine hin und meint, dass Injektionen in die Umgebung des aneurysmatischen Sackes vielleicht einen irritativen und formativen Reiz ausüben, welcher zu Verdickungen und Schrumpfungen der äußeren Wand desselben Veranlassung geben kann. **A. Most** (Breslau).

---

6) **White** (Philadelphia). Observations of blood changes following celiotomy.

(University med. mag. 1900. p. 260.)

W. hat sich der mühevollen Arbeit unterzogen, Blutkörperchenzählungen nach Bauchschnitten vorzunehmen, ohne dass das Ergebnis der aufgewandten Mühe entspräche. Jedes Mal wurden vor der Operation, 5 Stunden nach ihr und dann alle 24 Stunden bis zur Kräftigung Zählungen gemacht. Lang andauernde Narkose drückt sich in Herabsetzung der Anzahl der rothen Zellen, dagegen übermäßiges Erbrechen wegen des Flüssigkeitsverlustes in Vermehrung aus; auch während der Genesung eintretende Diarrhöen hatten einen ähnlichen Erfolg. Auffällig ist, dass sogar bei der letzten Zählung in 62% noch eine Abnahme der rothen Blutkörperchen festgestellt wurde, nur in 23% Zunahme, wogegen in 15% keine Veränderung gegen die anfängliche Zählung zu bemerken war.

Nach der Operation fand sich in der Regel eine leichte Leukocytose, welche freilich auch in etwas über der Hälfte der mit Eiterung oder Entzündung verbundenen Fälle von Anfang an vorhanden war.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

7) **A. Hasenfeld.** Über die Behandlung der Cirkulationsstörungen bei Laparotomie unter Chloroformnarkose.

(Ungarische med. Presse 1900. No. 43.)

Auf Grund einer Reihe von Thierversuchen kommt H. zu Ergebnissen in Bezug auf die pathologischen Veränderungen des Gefäßsystems, welche im Wesentlichen bekannt sind. Das Sinken des Blutdrucks bei lange dauernden Laparotomien soll eben so behandelt werden wie eine Verblutung. Die experimentellen Versuche nach dieser Richtung ergaben die besten Erfolge, wenn H. seinen Thieren Kochsalzlösung und Digitalinum verum intravenös einverleibte.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

8) **Jaboulay** (Lyon). La chirurgie du sympathique abdominal et sacré.

(Travaux de neurologie chirurgicale 1900. No. 1.)

J. erwartet von chirurgischen Eingriffen am abdominalen und sacralen Theile des Sympathicus viel für die Therapie gewisser innerer Krankheiten, besonders bei Störungen der vegetativen Funktionen. Die Berechtigung zu solchen leitet er nicht, wie man erwarten sollte, aus experimenteller Erfahrung ab, sondern lediglich aus der Thatsache der leichten und nach seiner Ansicht erfolgreichen Angreifbarkeit des Halssympathicus. In 2 Fällen glaubt er mit Erfolg operirt zu haben. Genauere Krankengeschichten davon werden nicht beigefügt.

Das Verfahren ist Folgendes: Mediane Laparotomie; der Pylorus wird nach unten gezogen. Der linke Zeigefinger sucht die Aorta

abdominalis auf. Mittels Sonde lässt sich dann der Truncus coeliacus und die Vorderfläche der Bauchaorta in der Nachbarschaft des Tripus Halleri bloßlegen.

Die Hauptindikation für Eingriffe am Sacraltheile des Sympathicus geben die Beckenneuralgien. J. glaubt, dass zahlreiche Erfolge der Kastration nicht in der Entfernung der Ovarien bezw. des Uterus, sondern in der dabei unbeabsichtigt geschehenen Zerrung und Quetschung an dem Sacralsympathicus ihren Grund haben.

P. Stolper (Breslau).

---

9) **O. Langemak.** Über die rectale Exploration und Incision perityphlitischer Exsudate.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 1.)

Verf. betont die Nothwendigkeit, bei Appendicitis von Scheide bezw. Mastdarm aus Untersuchungen vorzunehmen, und empfiehlt, gestützt auf die günstigen Erfahrungen der Garrè'schen Klinik, für solche Fälle, in denen der appendicitische Abscess ins kleine Becken und an den Mastdarm heranreicht, die Incision und Drainage von letzterem aus — ein Verfahren, das zu Unrecht in Misskredit und Vergessenheit gekommen sei. Die Incision wird nur klein angelegt und durch ein mit Jodoformgaze umwickeltes Drain offen gehalten. Für die ersten Tage sind Opiumgaben und tägliche Spülungen der Abscesshöhle anzurathen. Nach erfolgter Erholung der Pat. und Verheilung der Rectalwunde kann man dann unter günstigeren Verhältnissen zur Entfernung des Wurmfortsatzes schreiten. Eine Infektion der Wundhöhle durch Darminhalt ist nie vorgekommen.

Honsell (Tübingen).

---

10) **N. Krylow.** Acht Fälle von Gastroenterostomie. (Aus dem Waldai'schen Semstwo-Krankenhause.)

(Chirurgia Bd. VI. p. 20. [Russisch.])

K. tritt für eine Erweiterung der Indikationen für die Ausführung der Gastroenterostomie ein, wie sie auch von Defontaine gegen Dyspepsie empfohlen sei. Gerade bei der russischen Landbevölkerung habe die Magenerweiterung eine besonders schwere Bedeutung, da hier große Mengen pflanzlicher Nahrung in Betracht kommen, welche um so eher im Magen stagniren. Desswegen soll jeder Semstwoarzt im Stande sein, die Gastroenterostomie auszuführen. Zu diesem Zwecke soll diese Operation möglichst einfach gestaltet sein.

K. operirt grundsätzlich nicht mit doppelter, sondern nur mit einfacher (ununterbrochener) Naht. Das Verfahren von Podres hat auch er als ungeeignet und gefährlich fallen lassen. Er ist bei folgendem Verfahren stehen geblieben: An der Gekrösseite des Darmes, $1/2$ cm vom Gekrösansatze wird eine ununterbrochene Naht von $4\,1/2$ cm Länge durch Serosa und Muscularis angelegt. Dann wird

von beiden Enden der Nahtreihe, senkrecht zu ihr je eine etwa $1^1/_2$ cm lange Naht hinzugefügt, in dieser Tasche die Magen- und Darmwand durchtrennt und mit einer äußeren Längsnaht die Tasche übernäht. Entsprechend seinem Standpunkte hat K. die Gastroenterostomie nur bei einigen Dilatationen, bei welchen keine Geschwulst vorlag, mit gutem Erfolge ausgeführt.

Unter den 8 Fällen waren 2 Todesfälle.

Egbert Braatz (Königsberg i/Pr.).

Kleinere Mittheilungen.

11) Jahresbericht der Heidelberger chirurgischen Klinik für das Jahr 1899. Mit einem Vorworte herausgegeben von V. Czerny, redigirt von W. Petersen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Suppl.-Hft.)

Im Vorworte zum vorliegenden Jahresberichte streift Czerny die auf Bau und Einrichtung der Klinik bezüglichen Veränderungen, die Handhabung der Aseptik, die Methodik der Gastroenterostomien und Darmanastomosen. Zur Gastroenterostomie wurde fast ausschließlich die v. Hacker'sche Methode unter Verwendung des Murphyknopfes benutzt. Um ein Hineinfallen des Knopfes in den Magen zu verhindern, ist neuerdings der Knopf dahin abgeändert worden, 'dass die Magenhälfte desselben nicht nur kleiner (wie es bei der Stille'schen Modifikation der Fall ist), sondern auch leichter konstruirt wurde als der im Darme liegende Theil. Bei Dickdarm- und Mastdarmoperationen wurde die Nahtvereinigung beibehalten. Der Bericht selbst ist nach den gleichen Principien und mit gleicher Übersichtlichkeit durchgearbeitet, wie es in den früheren Jahresberichten der Fall war. Um nur ein ungefähres Bild von dem reichen Materiale der Czerny-schen Klinik zu geben, sei hervorgehoben, dass die Summe sämmtlicher stationär behandelter Pat. 2558, die Summe der Operationen 1908 betrug. Von letzteren entfallen auf Trepanationen 13, auf Laminektomien 2, auf Strumektomien 71, auf Laparotomien 216, auf Hernienoperationen 128 etc. Ambulant wurden 6116 Pat. bei etwa 24 000 Konsultationen behandelt. Neu ist eine Zusammenstellung von sämmtlichen von 1895—1899 aus der Klinik hervorgegangenen Arbeiten.

Honsell (Tübingen).

12) **Niehues.** Die Resultate der Zimmtsäurebehandlung bei chirurgischer Tuberkulose.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 468.)

Die Landerer'sche Tuberkulosebehandlung mittels Hetol und Hetokresol ist in der Schede'schen Klinik zu Bonn einer sorgfältigen Prüfung unterzogen, worüber hier berichtet wird.

N. beginnt mit einer Allgemeinbesprehung des Landerer'schen Heilverfahrens, dessen Absicht bekanntlich darin besteht, eine chronische heilsame Entzündung in der Umgebung der tuberkulösen Herde hervorzurufen. Die Zimmtsäure und ihre Salze (Hetol ist zimmtsaures Natron, Hetokresol ist Cinnamylmetakresol) wirken stark positiv chemotaktisch und erzeugen eine allgemeine Hyperleukocytose. Diese Wirkung der Hetolinjektionen ist auch bei fast allen Bonner Pat. bei Blutkörperchenzählungen bestätigt. Die Fähigkeit der Zimmtsäure, bei Kaninchen Tuberkulose zu heilen, ist als erwiesen anzusehen; über ihre Heilkräfte beim Menschen sind noch ausgedehntere Erfahrungen von Nöthen.

In Bonn hat N. 66 chirurgisch tuberkulöse Kranke mit Hetoleinspritzungen behandelt, an denen rund 2000 Injektionen gemacht wurden. Die Injektion wird

in die Ellbogenvenen applicirt und mit 1 mg begonnen, wonach allmählich unter Berücksichtigung der Temperatur, ähnlich wie bei den Tuberkulininjektionen, auf 25 mg gestiegen wird, um nach 3 Monaten gewöhnlich mit der Kur abzuschließen. Eine leichte Blutanstauung genügt, um die Vene für die Einspritzung ausreichend vortreten zu lassen, und ist die Technik derselben leicht, ihre Schmerzhaftigkeit unerheblich. Die gewöhnlichen Vorsichtsmaßregeln sichern vor Infektion. Unerwünschte Nachwirkungen blieben stets aus. Das Allgemeinbefinden blieb ungestört, bestehendes Fieber wurde in keiner Weise beeinflusst, der Urin blieb stets eiweißfrei, vorausgesetzt, dass er es vorher war. Der Appetit besserte sich meist in erfreulicher Weise und eben so das Körpergewicht, Erfolge, die in manchen Fällen in der That dem Hetol zuschreibbar schienen. Die Wirksamkeit des Mittels auf Besserung bezw. Ausheilung der lokalen tuberkulösen Processe ist nicht leicht abschätzbar, da diese auch orthopädisch, mit Gips- oder Extensionsverbänden, so wie chirurgisch mit Ausschabung, Exstirpation oder Resektion bezw. Exartikulation behandelt wurden, ferner auch Jodoform-Glycerineinspritzungen in ausgedehnter Weise vorgenommen wurden. Nach Landerer wurde bei diesen Jodoforminjektionen auch wiederholt ein Zusatz von Hetokresol zum Jodoform (im Verhältnisse von 2 : 1) benutzt. Doch zeigte sich, dass Hetokresol die Leukocyten stark anlockte, wesshalb damit behandelte Abscesse sich rasch wieder füllen und leicht durchbrechen. Man ist desshalb wieder zu unvermischten Jodoforminjektionen zurückgekehrt. In den ersten 8—14 Tagen nach Beginn einer derart kombinirten Zimmtsäurebehandlung zeigte sich oft eine ganz enorme Sekretion aus den Wunden und Fisteln, die für geschwächte Pat. nicht gleichgültig sein kann, so dass für derartige Fälle die Behandlung nicht rathsam erscheint.

Was die Schlussresultate betrifft, so können dieselben ungefähr den von Landerer selbst erzielten zur Seite gestellt werden. N. rechnet annähernd 70% Heilungen und Besserungen heraus (Näheres s. Original). Trotzdem ist sein Urtheil über die Zimmtsäurebehandlung äußerst reservirt. Dass sie »gut« ist, ist durchaus noch nicht nachgewiesen. »Wir haben unter unseren Fällen manche Kranke gesehen, bei denen die Zimmtsäure geholfen haben kann; dass wir die Heilung aber allein oder auch nur größtenheils ihr zuzuschreiben haben, ist nicht erwiesen.« N. fordert aber zu weiteren Versuchen mit dem Verfahren auf. (Vgl. Referat über N.'s auf der vorjährigen Naturforscherversammlung gehaltenen, den gleichen Gegenstand betreffenden Vortrag, dieses Blatt 1900. p. 1026.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

13) **H. Kramer.** Über Neurolyse und Nervennaht.

(Beitr. zur klin. Chir. Bd. XXVIII, Hft. 2 und 3).

Verf. bespricht zunächst 6 Fälle von Neurolyse am N. radialis, ulnaris und Plexus brachialis und geht ausführlicher dann auf 26 in der Heidelberger chirurgischen Klinik vorgenommene Nerven-Nahtvereinigungen über. Dieselben betrafen 8 mal den Radialis, 11 mal den Medianus, 6 mal den Ulnaris, 1 mal den Plexus brachialis. Unter all diesen Fällen sind nur 4 Misserfolge im physiologischen Sinne, 6 in praktischer Hinsicht zu verzeichnen gewesen. In den glücklich verlaufenen Fällen war der Grad des Erfolges in mehrfacher Hinsicht verschieden. Die Größe des Ausschlages der Bewegungen zeigte sich bei einzelnen Muskeln oft verringert oder selbst gleich Null. Die Kraft der Bewegungen war meistens herabgesetzt. Auch Nebenverletzungen, lang bestandene Kontraktionen, Verkürzungen der Antagonisten führten zur Behinderung der Motilität. Des Weiteren waren fast durchweg gewisse Empfindungsstörungen, als Verlangsamung der Wärmeleitung, Hyperästhesien und namentlich Hypästhesien, zurückgeblieben, auch die trophischen Störungen, insbesondere beim Medianus und Ulnaris, verhielten sich ungünstig bezüglich eines völligen Ausgleiches. Die Leistungsfähigkeit für grobe Arbeit war unter 8 Radialisnähten 5 mal, unter 5 Medianusnähten kein mal, unter 2 Ulnarisnähten 1 mal, unter 3 kombinirten Medianus- und Ulnarisnähten 1 mal wiederhergestellt. Die Leistungsfähigkeit für feine Arbeit blieb fast immer herabgesetzt.

Im Allgemeinen boten primäre Nahtvereinigungen eine bessere Prognose als sekundäre, Radialisnähte eine weit bessere als Ulnaris- und Medianusnähte. Eine völlige Restitutio ad integrum wurde bisher überhaupt nur recht selten erreicht, immerhin blieb der Vortheil der Operation auch bei theilweisem Erfolge noch außerordentlich groß. **Honsell** (Tübingen).

14) **Bertha Wilmer.** Endresultate nach operativer Behandlung der Basedow'schen Krankheit.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 1.)

Verf. berichtet über 23 Fälle operativ behandelten Morbus Basedowii und deren weitere Schicksale. Bezüglich des Wesens der Erkrankung vertritt W. den Standpunkt, dass neben einer abnormen Thätigkeit der Schilddrüse auch das Centralnervensystem eine Rolle beim Morbus Basedowii spiele, sie betont ferner, dass dem Basedowkropf keine specifische anatomische Veränderung zu Grunde liege, selbst ein abnormer Gefäßreichthum ließ sich im Allgemeinen bei den Operationen nicht konstatiren. Im Ganzen sind 24 operative Eingriffe ausgeführt worden, und zwar 19 Resektionen, 3 Enukleationen, 2 Arterienligaturen. 2mal trat im Anschlusse an die Operation der Tod ein, 1mal ist der Ausgang unbekannt geblieben, von den übrigen Fällen waren 18 erfolgreich und nur 2 erfolglos. Die auch von anderer Seite betonte hohe Sterblichkeit hat ihre Ursache nach W. hauptsächlich in der bei schweren Fällen zu befürchtenden Herzschwäche, wobei die Operation nicht an und für sich Todesursache, sondern nur das auslösende Moment ist. Ein anderer schwerer physischer oder psychischer Chok könnte in solchen Fällen den Tod eben so gut herbeiführen.

Der meist hervortretende günstige Einfluss der Operation pflegt sich zunächst in Rückgang der Kompressionserscheinungen und der Pulszahl, dann in Nachlassen des Herzklopfens und Zitterns zu äußern. Erst ganz allmählich bessert sich auch der Exophthalmus. Bezüglich der Behandlung des Morbus Basedowii schließt W., dass im Allgemeinen die Therapie eine interne sein soll; tritt aber trotz derselben keine Besserung ein, oder bestehen Stenoseerscheinungen, so ist die Operation angezeigt. Jedenfalls soll mit der letzteren nicht zu lange gewartet werden, da sonst das Herz immer mehr an Widerstandskraft verliert und somit eine Kontraindikation gegen chirurgisches Eingreifen entsteht.

Honsell (Tübingen).

15) **H. Gebele.** Zur Statistik der Brustdrüsengeschwülste.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 1.)

Verf. stellt die von 1890—99 in der v. Angerer'schen Klinik beobachteten Brustdrüsengeschwülste (349) zusammen. Von 260 Pat. mit Mammacarcinom waren 27% inoperabel, an der Operation starben 2%, an Recidiven 56,6%, mit Recidiv leben 6%, 16,9% sind definitiv geheilt. Die Mehrzahl der Pat. stand zwischen 40.—60. Lebensjahre. 18,6% hatten ein Trauma erlitten; etwa die Hälfte hatte geboren, von diesen 41% gestillt, 20,5% eine Mastitis durchgemacht. Seit 1890 ist die Mammaexstirpation stets nach Heidenhain's Principien ausgeführt worden, eine Besserung der Endresultate wurde indessen gegenüber früher nicht erzielt, wohl weil die Pat. zu spät zur Operation kamen.

In 34 Fällen lagen Sarkome verschiedener Art vor; hiervon waren 4 inoperabel, 1 Pat. starb nach der Operation, 5 an Recidiv, 21 — also relativ weit mehr als bei den Carcinomen — blieben geheilt.

Unter den gutartigen Geschwülsten handelte es sich um 9 Adenome bezw. Cystadenome, 1 Fibrom, 9 Fibroadenome resp. Fibrocystadenome. Sie wurden sämmtlich — 3mal mit Amputatio mammae — exstirpirt.

Honsell (Tübingen).

16) **F. Roloff.** Eine ungewöhnliche Form von Carcinoma mammae. (Diffuses hämorrhagisches Carcinom.)

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 595.)

R. beschreibt ein operativ von Oberst bei einer 58jährigen Pat. gewonnenes Mammacarcinompräparat, welches, sich durch starken Blutgehalt auszeichnend, fast einem Kavernom glich. Die Epithelien der Krebsnester zeigten sich mikroskopisch ganz von Blut umschlossen. Wahrscheinlich entwickelte sich das wachsende Carcinom mit besonderer Vorliebe in die Scheide der vorhandenen Blutgefäße, umringte diese, löste sie aus der Verbindung mit den umliegenden Geweben und führte zu Arrosionen. — Die Prognose wurde schlecht gestellt, doch war Pat. noch ca. $^3/_4$ Jahr nach der Operation recidivfrei. Vielleicht hinderte der Druck der Blutextravasate einen Eintritt der Krebselemente in die Lymphbahnen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

17) **Llobet.** L'opération de Nassilov. La première intervention à Buenos Aires.

(Revue de Chirurgie 1900. No. 11.)

L. hat in einem Falle von Narbenstriktur der Speiseröhre bei einem 20jähr. Mädchen nach der Methode von Nassilov (s. ds. Bl. 1899, p. 920. Ref. über die Arbeit von Stoyanov) vom hinteren Mediastinum aus die 22—25 cm von der Mundöffnung entfernt gelegenen Verengerungen aufgesucht und gespalten und danach eine weiche Schlundröhre von der Nase aus durch die Speiseröhre bis in den Magen eingelegt. Der äußere Schnitt wurde in senkrechter Richtung 4 Querfinger breit von der Wirbelsäule nach links gemacht, von der 4.—8. Rippe je ein 5 cm langes Stück resecirt, die Pleura parietalis uneröffnet abgelöst und die großen Gefäße etc. vorsichtig zur Seite geschoben; die Operation war besonders im letzten Theile schwierig, gelang indess vollständig. Pat. starb am 8. Tage an eitriger Mediastinitis. —

L. räth, den Schnitt näher der Wirbelsäule anzulegen und auch die Wirbelquerfortsätze zu entfernen, um die Speiseröhre bequemer zugänglich zu machen.

Kramer (Glogau).

18) **J. B. Seldowitsch.** Die Behandlung der Narbenstenosen der Speiseröhre.

(Wratsch 1900. No. 45.)

Bei der 23jährigen Pat. fand man nach Verschlucken von Acid. nitricum eine mäßige Stenose in der Höhe des Ringknorpels und eine impermeable 34 cm hinter der Zahnreihe. Gastrostomie nach v. Hacker in 2 Sitzungen (11.—15. Mai). Einen Faden kann Pat. nicht verschlucken, daher wird am 18. Mai eine dicke Sonde bis zur Stenose und durch erstere eine dünne durch die Stenose geführt, und so ein Faden aus der Magenfistel in den Mund gebracht. Dilatation der engen Stelle durch Drainröhren. Nach 22 Tagen geht Bougie No. 26, nach weiteren 5 Wochen No. 32 frei durch. Die Fistel schloss sich, wobei ein kleiner Rest mit Paquelin behandelt werden musste. Die Heilung war eine dauernde. — In Russland sind noch folgende Fälle beschrieben: Weljaminow, Gastrostomie, konnte aber keine Sonde einführen; erst später gelang es Janowitsch-Tschainski, von oben her durch die Stenose zu kommen; doch wurde die Behandlung abgebrochen. — Turner führte die Sonde durch die Magenfistel ein, eben so Kablukow; beide mussten in ihren Fällen die Fistel plastisch schließen. — Im Falle Djakonow's, den Ssawwin beschrieb, wurde die Oesophagotomia externa gemacht, doch konnte von hier die Stenose nicht gefunden werden; daher Gastrostomie und von hier aus Sonde in die Halswunde (man nahm eine syphilitische Striktur an). — Endlich wurde bei der Diskussion eines nicht veröffentlichten Falles von Tiling gedacht, wo die Sonde durch die Magenfistel eingeführt wurde und Heilung eintrat.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

19) V. v. Hacker. Über die Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre mittels Ösophagoskopie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 1.)

Verf. erläutert auf Grund seiner reichen Erfahrungen die Vortheile, welche die Ösophagoskopie für Erkennung und Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre bietet. Bei Gegenständen, die in einer nicht verengten Speiseröhre stecken geblieben sind, wurde zunächst mittels besonderer Sonde die Höhe des Sitzes des Fremdkörpers festgestellt, dann folgte die genaue Einstellung desselben mittels des Ösophagoskopes, endlich, direkt anschließend, die Extraktion durch oder mit dem Tubus. Es diente also das Ösophagoskop sowohl der Diagnose als auch der Therapie. Unter 12 mitgetheilten', hierher gehörigen Fällen handelte es sich 10mal um härtere Körper (Gebisse, Knochenstücke, Obstkerne). Von diesen konnten 9 durch den Mund extrahirt werden, ein 10. (Gebiss) glitt nach abwärts in den Magen. 2mal lagen weichere Objekte (Fleischbissen, gekaute Pflanzentheile) vor. Von diesen wurden jeweils Theile extrahirt, die übrige Masse ließ sich in den Magen hinabschieben resp. glitt von selbst hinab. Schwieriger gestaltete sich das Verfahren bei solchen Fremdkörpern, die in Strikturen festsaßen; doch gelang es immerhin, 5mal dieselben nach oben zu extrahiren; 2mal wurde der Körper nach Einführung des Tubus erbrochen, 3mal rutschte er in den Magen, und nur ein einziges Mal, bei gleichzeitiger carcinomatöser Striktur, wurde die Gastrostomie nöthig. **Honsell** (Tübingen).

20) E. Ehrich. Arrosionsblutungen bei Perityphlitis.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 1.)

Verf. berichtet über 2 interessante Fälle von Arrosionsblutungen im Verlaufe einer Appendicitis. Im ersten derselben hatten sich die Symptome der Appendicitis bereits theilweise zurückgebildet, als plötzlich — in der 5. Krankheitswoche — heftige Schmerzen, hohes Fieber, Erbrechen und verfallenes Aussehen eintraten. Bei der Operation fand sich statt der erwarteten Peritonitis ein enormer retroperitonealer Bluterguss, welcher allem Anscheine nach einer Arrosion der Art. iliaca oder ihrer Hauptäste entstammte. Tamponade. Genesung. Im 2. Falle erfolgte die Blutung in eine große, von der linken Beckenschaufel ins kleine Becken herabreichende, noch geschlossene Abscesshöhle. Nach Incision und Drainage (per rectum) sistirte der Blutabgang innerhalb von 4—5 Tagen.

Honsell (Tübingen).

21) F. Tacke. Epityphlitis im Bruchsacke.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 1.)

Bei einem 58jährigen Manne, der seit 3 Monaten an Leistenbruch und Diarrhöen litt, trat plötzlich eine schmerzhafte Anschwellung der Hernie und ihrer Umgebung unter hohem Fieber und Erbrechen ein. Wie die Operation ergab, waren diese Erscheinungen durch eine Einklemmung des Wurmfortsatzes im Brucksacke hervorgerufen, außerdem zeigte sich der Blinddarm in den Bruch herabgestiegen. Letzterer war intakt, der Wurmfortsatz dagegen eitrig infiltrirt und an der Spitze perforirt. Reposition des Blinddarmes, Exstirpation des Wurmfortsatzes sammt der Abscesswand und dem Hoden. Genesung.

Anschließend werden 28 weitere Fälle der Litteratur zusammengestellt und besprochen, in welchen sämmtlich Appendicitis im Bruchsacke, theils mit, theils ohne Perforation des Wurmfortsatzes vorlag. **Honsell** (Tübingen).

22) R. Füth. Blasenverletzung bei einer Herniotomie. Bildung einer Harnfistel am 10. Tage. Spontane Heilung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 579.)

Der von F. mitgetheilte Fall betrifft eine 60jährige Frau, die wegen einer linksseitigen äußeren Leistenhernie der Radikaloperation nach Bassini unter-

zogen wurde. Beim Freipräpariren des nur Netz enthaltenden Bruchsackes zeigte sich dieser an der Innenseite stark verdickt und seine Wand faltenartig in die Lichtung hineinragend. Ausgesprochene Lipombildung war nicht vorhanden, dagegen eine breitere, dünne Fettschicht. Bei weiterer Präparation erschien eine muskulöse Gewebsschicht, die als Blasenmuscularis imponirte, deren Verletzung aber vermieden wurde. Ligatur und Abtragung des Bruchsackes, Naht etc. Glatter Verlauf bis zum 10. Tage, an welchem Urin durch die Wunde drang. Dabei Fieber und Blutung in die Blase. Mäßige Erweiterung bezw. Wiedereröffnung der Wunde nach der Blase hin. Heilung unter Tamponade per secundam.

Dieser Blasenbruch war ein paraperitonealer und vielleicht arteficieller, eine Cystocèle opératoire. Die in der Rekonvalescenz entstandene Blasenfistel konnte nur eine extraperitoneale sein; dem gemäß wurde die Prognose gut gestellt, wie der Verlauf gelehrt hat, mit Recht. Entstanden ist die Fistel wahrscheinlich dadurch, dass ein Zipfelchen Blase mit in die Bruchsackligatur gefasst und schließlich vom Faden durchschnitten wurde. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

23) **A. G. Salogi.** Einklemmung eines Leistenbruches bei weitem Bruchringe. (Aus der Klinik des Prof. Bobrow.)

(Chirurgia Bd. VI. p. 26. [Russisch.])

Bei der Bruchoperation fand Bobrow, dass die Einklemmung dadurch bedingt war, dass sich die Darmschlinge um 180° um ihre Längsachse gedreht hatte. S. führt die einzelnen wenigen Fälle aus der Litteratur an und vermisst bei einigen derselben die Angabe, ob die Bruchpforte eng oder weit war; in dem vorliegenden Falle war trotz des nach der Incision vorhandenen Durchmessers von 5 cm die Reposition erst möglich, als die Ursache der Einklemmung entdeckt und die Drehung beseitigt war. **Egbert Braatz** (Königsberg i/Pr.).

24) **D. B. Boks.** Maagchirurgie. Noor aanleiding van de 100. Maagoperaties die Prof. v. Eiselsberg van 12./3. 1896 tot 25./2. 1899 deed.

Inaug.-Diss., Utrecht, 1900.

In dieser zur Erlangung der Doktorwürde abgefassten Arbeit, die demnächst auch in Buchform in dem Handel erscheinen wird, giebt Verf. die Krankengeschichten von 100 Magenoperationen aus Prof. v. Eiselsberg's Universitätsklinik und Privatpraxis, jede mit einigen kurzen epikritischen Bemerkungen versehen.

Sie enthalten: 1 Gastrorrhaphie, 1 Gastrotomie, 12 Gastrostomien, 7 Gastroplastiken, 1 Gastroanastomie, 3 Resektionen aus der Magenwand, 4 Pyloroplastiken, 20 totale Pylorusresektionen, 50 Gastroenterostomien und 1 Pylorusausschaltung.

Am Schlusse dieses Theiles, welcher das letzte der 3 Kapitel, worin die ganze Arbeit zerfällt, darstellt, werden die Enderfolge nach den verschiedenen Eingriffen nochmals summarisch vorgeführt und schließlich zur bequemen Orientirung der sich dafür Interessirenden alles Bemerkenswerthe tabellarisch übersichtlich gemacht.

Im 1. Kapitel bespricht Verf. die verschiedenen Krankheiten, die im betreffenden Organe mit Rücksicht auf eine event. operative Behandlung dem Chirurgen bekannt sein sollen, im 2. die Technik der verschiedenen Operationsmethoden, die allmählich für dieses Organ sich ausgebildet haben. Besonders ist hier die technische Seite ins Auge gefasst, wobei verschiedene Abbildungen, theilweise neue, zur Erläuterung des Textes eingefügt sind. Dass dabei der Gastrostomie und der Gastroenterostomie eine erste Stelle eingeräumt worden ist, braucht wohl nicht besonders hervorgehoben zu werden.

Neues bringt die Arbeit zwar nicht. Dagegen verdient es Beachtung, dass die Beschreibung der verschiedenen Operationsmethoden und ihrer Abarten, in chronologischer Reihenfolge gehalten, sehr deutlich ist und durchaus gut gelungen heißen darf. Auch werden die kritischen Bemerkungen, die auf die bewährten

Erfolge des Königsberger Chirurgen sich stützen, im Großen und Ganzen wohl auf allgemeine Zustimmung rechnen dürfen.

So ist das Buch wieder ein Zeugnis von der Leistungsfähigkeit der neueren Chirurgie auf diesem Gebiete und dem sich dafür Interessirenden zu empfehlen.

G. Th. Walter ('s Gravenhage).

25) **Domenici.** Cancer de la région Vatérienne.

(Presse méd. 1899. No. 59.)

Ein 70jähriger Mann erkrankte unter Verdauungsstörungen, Abmagerung, Schmerzen im Epigastrium und hartnäckigem Ikterus. Es wurde die Diagnose auf Carcinom des Pankreaskopfes mit Metastasen in der Leber gestellt. Unter zunehmender Kachexie starb der Kranke wenige Monate nach seiner Aufnahme in die Abtheilung von Letulle. Die Sektion ergab eine Ausdehnung der Gallenblase und aller Gallengänge. Nach Aufschneidung des Duodenums zeigte sich an der Ampulle eine konische Vorwölbung von 1 cm Durchmesser und $1^1/_2$ cm Länge; dieselbe war hart, doch mit normaler Schleimhaut überzogen. Der Ductus Wirsungianus war dilatirt und in ein derbes Gewebe eingeschlossen. Die Geschwulst umfasste diesen Gang und wölbte die hintere Wand des Choledochus vor, denselben ventilartig verschließend. Mikroskopisch handelte es sich um ein Cylinderzellen-Epitheliom; es konnte festgestellt werden, dass das Carcinom seinen Ausgang von den kleinen Drüsen zwischen Ductus Wirsungianus und Choledochus genommen hatte. Der interessanten Mittheilung sind 5 Abbildungen beigegeben, davon vier mikroskopische Bilder in vorzüglich ausgeführtem Buntdruck.

Tschmarke (Magdeburg).

26) **B. Grohé.** Duplicitas intestini crassi cum utero et vagina dupl.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 425.)

Die Mittheilung betrifft ein sonst gesundes, aber mit der genannten komplicirten Missbildung behaftetes, 10jähriges Mädchen, dem in der Jenaer Klinik (Riedel) durch wiederholte Operationen tadellos funktionirende anatomische Verhältnisse hergestellt werden konnten. Wie sich aus der interessant zu lesenden Krankengeschichte ergiebt, konnte nur langsam und schrittweise genügende Klarheit über die vorhandenen Missbildungsverhältnisse gewonnen werden. Das Kind kommt zur Klinik wegen Kothabgang aus der Vulva, und findet sich in letzterer neben dem normalen After ein überzähliger Koth gebender Anus vulvalis, dazu eine Vagina duplex (septa). Ferner eine suprasymphysäre Unterleibsgeschwulst. Unklar bleibende Diagnose. I. Operation. Fixirung der Geschwulst an die vordere Bauchwand. Die Wand der Geschwulst ähnelt einer Darmwand. II. Operation. Incision der Geschwulst, welche Koth enthält. Dieselbe, jetzt also als hohlkugelige Darmhöhle erkannt, liegt vor dem Mastdarme. In der Folge füllt sich die Höhle von oben her neuerdings mit Koth, und zeigt sich, dass dieselbe am Anus vulvalis endigt. Zwecks Vornahme einer Darmausschaltung Operation III. Nach Eröffnung der Bauchhöhle finden sich am Blinddarme 2 Wurmfortsätze, und jetzt klärt sich die Abnormität als doppelt angelegtes Colon auf. 2 Dickdärme verlaufen, wie Doppelflintenläufe zusammengewachsen, bis nach unten. Im vorderen dieser Schläuche hatte sich der Kothsack gebildet. Es werden nun im Bereiche des letzteren die beiden Blinddärme durch eine 7 cm lange Spaltung ihrer Zwischenwand mit einander anastomosirt, die vordere Kothsackincision, wie die Bauchwunde genäht. Doch genügte das nicht zur Beseitigung des Kothabganges aus dem vulvalen After. Desshalb in Operation IV Durchtrennung der ganzen Zwischenwand zwischen normalem und überzähligem (vulvalem) After bis zu der bereits oben vorhandenen Anastomose zwischen den beiden Dickdärmen. Schließlich wurde 4 Monate später durch Plastik der Damm in Ordnung gebracht und die Scheidenspaltung durch Trennung des Scheidenseptums beseitigt (Operation V). Hiernach Alles nach Wunsch.

G. giebt eine Betrachtung über die Genese dieser Entwicklungsanomalie, Betreffs deren wir auf das Original verweisen. Vielleicht handelte es sich um ge-

störten ventralen Verschluss der Darmrinne, indem das Enteroblast sich in der Medianlinie neben einander in die Höhe schob. Die Genitalverdoppelung kann durch Daswischenlegen des anormalen Enddarmes zwischen die Müller'schen Gänge ihre Erklärung finden. Die einschlägige Litteratur ist angezogen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

27) **F. Franke.** Über eine neue Behandlungsmethode des Leberechinococcus.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 583.)

F. hat bei einem mit 2 Leberechinokokken behafteten, 28jährigen Kranken die eine leicht zugängliche, gänseeigroße Cyste nach Spaltung und Reinigung total aus der Leber ausgelöst. Die Blutung hierbei war nicht gering, erforderte Tamponade zur Nachbehandlung, wodurch die Heilung verzögert wurde. Die zweite, größere, höher oben und rechts sitzende Cyste, für das Messer kaum zugänglich, wurde in derselben Operationssitzung mit Punktion und Injektion behandelt. Und zwar wurde die entleerte Cyste mehrmals etliche Minuten lang mit einer 1‰igen Sublimatlösung ausgewaschen, nach Entfernung des Sublimates noch ca. 20 ccm Jodoformglycerin eingespritzt. Der Trokarstich wurde durch ein Kreuz von 2 Seidennähten gesichert. Guter Verlauf. Die punktirte und injicirte Cyste ist dauernd zur Verödung gebracht.

Das Verfahren hat sich also, wie auch bei früheren Versuchen anderer Chirurgen, bewährt und bietet Sicherheit, die Vitalität aller Wurmkeime in der Cyste zu zerstören. In der von F. benutzten Weise gebraucht, wird es auch für ungefährlich gelten können, und hält F. auch die Anwendung stärkerer, bis 1%iger Lösungen für erlaubt. Indess empfiehlt er doch, statt des Sublimates künftighin eine 5%ige Formalin-Glycerinmischung zur Injektion zu benutzen, welche gleich zuverlässig, aber weniger intoxikationsgefährlich sein wird. Möglich, dass man mit dieser auch vereiterte Blasen wird behandeln können; ein Pleuraempyem konnte F. durch Punktion und Injektion einer solchen Lösung zur Ausheilung bringen.

Der Mittheilung des eigenen Falles geht eine gut orientirende kritische Sichtung der neueren Echinococcusbehandlungsmethoden vorauf.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

28) **Letulle.** Kyste chyleux du mésentère.

(Presse méd. 1899. No. 59.)

Verf. hatte Gelegenheit, eine von Brun operativ entfernte Mesenterialcyste eines 7jährigen Mädchens zu untersuchen. Die glatte, prall gefüllte Cyste enthielt 375 ccm einer weißen, milchigen Flüssigkeit, deren chylösen Ursprung die chemische Untersuchung ergab. Von besonderem Interesse war die genaue anatomische Untersuchung der Cystenwand. Sie war ausgekleidet mit einem Endothel, das stellenweise arrodirt erschien. Darunter befand sich eine subendotheliale Schicht von wechselnder Dicke. Schon bei der Eröffnung der Cyste retrahirten sich die Wände stark und ließen zahlreiche Wülste hervortreten; in der That war die Cystenwand von glatten Muskelfasern durchsetzt, besonders da, wo die Hervorwölbungen in das Innere der Lichtung bestanden. Die Muskelzellen und ihre Kerne waren sehr lang, aber schmächtig. In zahlreichen Muskelzellen fanden sich Vakuolen, eine sehr auffallende Erscheinung bei glatten Muskelfasern. Im Ganzen bot das Präparat ein typisches Bild einer Chyluscyste, beruhend auf einer angeborenen Missbildung des Lymphgefäßnetzes im Dünndarmgekröse; drei instruktive Bilder erläutern den anatomischen Befund.

Tschmarke (Magdeburg).



29) **H. A. Lothrop and J. H. Pratt.** A report of two cases of filariasis. Operation for lymphatic varices and chylous hydrocele, with removal of adult worms.

(Americ. journ. of the med. sciences 1900. November.)

Die Krankengeschichte des ersten Falles ist besonders interessant und lehrreich:

Der 22jährige Pat. kam ins Hospital wegen heftiger Schmerzen im Rücken, die im Anschlusse an das Heben eines Ballen Papier aufgetreten waren. Die Schmerzen nahmen im Laufe einer Stunde so zu, dass Pat. nicht mehr stehen, auch nicht längere Zeit in einer Haltung liegen konnte. Sie strahlten in die linke Leistengegend aus und zogen von hier in den linken Hoden hinunter. Häufiger Harndrang ohne Erleichterung durch die Entleerung, Benommenheit und Übelkeit ohne Erbrechen, kein Fieber, keine objektiven Symptome. Die Beschwerden schwanden in 2 Tagen, und Pat. wurde als geheilt entlassen.

Bald darauf bemerkte er eine Anschwellung der linken Skrotalhälfte, die bis zur Leiste hinaufreichte und im Liegen verschwand; sie belästigte ihn beim Gehen, er ermüdete leicht und kam aus Sorge um seinen Zustand wieder ins Hospital.

Linker Hode vergrößert, aber nicht schmerzhaft, Samenstrang verdickt, bietet das klassische Bild eine Varicocele. Äußerer Leistenring lässt die Fingerkuppe eindringen, beim Husten wölbt sich eine kleine Hernie vor.

Operation unter der Diagnose Varicole und Hernia inguinalis. Isolirung und Abtragung eines kleinen Bruchsackes, Pfeilernaht. Der etwa zeigefingerdicke Samenstrang enthält 10 dilatirte, dickwandige Gefäße, davon 2 oder 3 von dunkel-venöser Farbe, die übrigen hellfarbig, aber an Gestalt und Größe den Venen einer Varicocele entsprechend. Bei der Excision des ganzen Gefäßkonvoluts fielen einige Tropfen einer dünnen milchigen Flüssigkeit auf, die sich aber schnell mit Blut mischten und dadurch der Untersuchung entgingen. Naht der Hautwunde, die p. p. heilte.

Die mikroskopische Diagnose wurde auf »dilatirte Venen« gestellt.

Im Laufe von 2 Wochen bildete sich in der linken Skrotalhälfte eine eigroße fluktuirende, transparente Geschwulst aus. Die durch Aspirationspunktion gewonnene Flüssigkeit, gelblich und opak, enthielt mikroskopisch zahlreiche Filaria, Embryonen in lebhafter Bewegung, rothe Blutkörperchen, Fettkugeln und reichlich fettigen Detritus. Die chemische Untersuchung wies die Flüssigkeit als Lymphe nach. Die Blutuntersuchung, Mittags noch negativ, ergab am Nachmittag in 2 Blutstropfen je 17 Filaria-Embryonen.

Damit war der Fall klar: Was als Varicocele imponirt hatte, waren dilatirte Lymphgefäße, die scheinbare Hydrocele eine Lympho- (Chylo-)cele, entstanden durch die operative Unterbrechung des rückläufigen Lymphstromes.

Nunmehr gab Pat. folgende Vorgeschichte an, die er so lange in der Meinung, sie sei für sein jetziges Leiden belanglos, verheimlicht hatte: Er war in Barbados, einer Filaria-Gegend, geboren und hatte dort bis zum 17 Jahre gelebt. Er hatte dort bereis 2 mal heftige Anfälle gehabt, die als »Barbadosfieber« bezeichnet und auf Filaria bezogen worden waren. Die Hauptsymptome waren heftige Schmerzen im Kreuze, den Lenden- und Leistengegenden, Anschwellung der Leistendrüsen und des Hodens, schweres Krankheitsgefühl, Fröste etc. Das war vor 5 Jahren; seitdem fühlte Pat. sich nie mehr vollständig wohl, hatte zwar keinen schweren Anfall mehr, nach dem er Barbados verlassen hatte, um nach kürzerem oder längerem Aufenthalte in Montreal, New York und Süd-Carolina endlich nach Boston zu gelangen, hatte aber etwa allmonatlich einen leichteren Fieberanfall mit Abgeschlagenheit und ziehenden Empfindungen im Kreuze und Leistengegend zu überstehen.

Da nun die Diagnose sicher stand, wurde in einer zweiten Operation der linke Hode nebst dem uneröffneten Lymphocelensacke exstirpirt. Die Wunde heilte p. p. Aus der anatomischen Untersuchung des Präparates ist das Interes-

santeste, dass nach Durchschneidung des Hodens, dessen Hälften in warme Kochsalzlösung gelegt wurden, sich 2 männliche und 7 weibliche, theils zerschnittene und verstümmelte, theils vollständige und wohlerhaltene ausgewachsene Exemplare der Filaria sanguinis (Bancrofti) entwickelten. — Die Blutuntersuchungen ergaben in charakteristischer Weise regelmäßig während der Nachtzeit sehr zahlreiche, am Tage spärliche oder keine Embryonen. — Chylurie bestand nicht.

2 Monate nach der Operation war Pat. vollkommen wohl, erheblich kräftiger, verrichtete schwere Arbeit und hatte weder Schmerz- noch Fieberanfälle, weder Perioden der Abgeschlagenheit noch der gemüthlichen Depression mehr durchzumachen. Trotzdem enthielt das Blut permanent Embryonen.

Der 2. Fall betraf den Bruder des Vorigen, der von den Verff. aufgefordert wurde, zur Untersuchung zu ihnen zu kommen. Er hatte mit seinem Bruder Barbados verlassen, hatte niemals ähnliche Zustände, wie dieser, durchgemacht, nur ab und zu »Gallenanfälle« gehabt. Er fühlt sich in jeder Hinsicht vollkommen wohl. Trotzdem ergiebt die Untersuchung des Blutes die Anwesenheit zahlreicher Filaria-Embryonen in demselben.

Auf Grund dieser beiden Fälle geben die Verff. eine ausführliche Darstellung der interessanten Krankheit in allen ihren Einzelheiten, die sie durch ihre eigenen Beobachtungen noch zu bereichern in der Lage sind. Auf ihre Ausführungen näher einzugehen, würde den Rahmen eines Referates überschreiten; die vortreffliche Arbeit sei allen Interessenten zu eigenem Studium warm empfohlen.

R. v. Hippel (Dresden).

30) **G. Bandelot.** Ostéo-Arthropathie avec contracture dans la syphilis héréditaire tardive.

(Thèse de Paris. 1900.)

B. berichtet über einen Fall obengenannter Art, welcher im Hospital Saint-Louis in der Abtheilung von Fournier beobachtet wurde. Es war in beiden Ellbogengelenken eine deformirende Osteo-Arthropathie und gleichzeitig eine doppelseitige Kontraktur des M. biceps vorhanden. B. stellt die Fälle von Syphilis héréditaire tardive zusammen, in welchen Kontrakturen verzeichnet waren (21 Fälle). Gewöhnlich fehlen bei dieser Erkrankung solche Kontrakturen, ebenso Störungen der Gelenkfunktionen.

Neck (Chemnitz).

31) **S. F. Derinschinski.** Ein Fall von Knochennaht in Form eines russischen Schlosses bei einer Oberschenkelpseudarthrose.

(Chirurgia Bd. VI. p. 32. [Russisch.])

Der 55jährige Pat. hatte sich vor einem Jahre sowohl einen Ober- als Unterschenkelbruch zugezogen. Der letztere heilte unter einem Gipsverbande, der Oberschenkelbruch, an der Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel, blieb unvereinigt. Bei der Operation fand sich das obere Bruchende konisch. Es wurde an dem oberen Ende aus der vorderen Hälfte und am unteren aus der hinteren Hälfte ein 2 cm großes Knochenstück herausgesägt, so dass die Bruchenden in Form eines russischen Schlosses zusammenpassten. Trotz des vielfach durch Fieber und Vereiterung gestörten Heilverlaufes schließlich guter Erfolg.

Egbert Braatz (Königsberg i/Pr.).

32) **Tilmann.** Zur Frage der Blutergelenke.

(Deutsche Ärzte-Zeitung 1900. Hft. 19.)

Ein 22jähriger Mann aus gesunder, nicht hämophiler Familie litt vor 3 Jahren an einer Schwellung des Knies nach Anstoßen desselben; die Schwellung ging wieder zurück, ist aber seit einem Jahre wieder aufgetreten. Pat. sieht etwas blass, sonst aber gesund aus, die inneren Organe sind normal, das linke Knie ist stark geschwollen, im oberen Recessus sind mittelharte Körper zu fühlen. Alle

anderen Gelenke normal. Tuberkulininjektion ergiebt keine Reaktion. Diagnose: Lipoma arborescens genu.

3 Wochen nach einer Incision ins Gelenk, die neben klarer, seröser Flüssigkeit 36 erbsen- bis mandelgroße lose Körper entleerte, ging der Kranke an immer wieder sich wiederholenden Blutungen aus Gelenk und Incisionswunde zu Grunde. Subkutane Injektion von 50 g Gelatine, Anwendung von Liq. ferri sesquichl. und von Wasserstoffsuperoxyd waren erfolglos. Der pathologisch-anatomische Befund des Knies war durch Eiterung verwischt, die Untersuchung eines bei der Operation excidirten Stückchens Synovialis ergab massenhaft amorphes Blutpigment in den Zellen. Die Gelenkkörper hatten sich nicht aus Blutgerinnseln gebildet, da sie nur wenig Blutpigment enthielten, sondern durch sero-fibrinöse Ausschwitzung der Gelenkkapsel. Das Gelenk befand sich daher wohl im Stadium der Panarthritis (König). **Fr. Brunner** (Zürich).

Dreissigster Kongress

der

Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Der 30. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie findet vom 10. bis 13. April d. J. in Berlin im Langenbeckhause statt.

Die Begrüßung der zum Kongresse sich versammelnden Mitglieder geschieht am Dienstag den 9. April Abends von 8 Uhr ab in einem reservirten Zimmer des »Spatenbräu« Friedrichstraße 172.

Die Eröffnung des Kongresses findet Mittwoch, den 10. April, Vormittags 10 Uhr im Langenbeckhause statt. Während der Dauer des Kongresses werden daselbst Morgensitzungen von 10—1 Uhr und Nachmittagssitzungen von 2—4 Uhr abgehalten.

Die Vormittagssitzung am Mittwoch, den 10. April und die Nachmittagssitzung am Freitag, den 12. April sind zugleich Sitzungen der Generalversammlung.

In der zweiten Sitzung der Generalversammlung am Freitag Nachmittag wird der Vorsitzende für das Jahr 1902 gewählt.

Ankündigungen von Vorträgen und Demonstrationen bitte ich zeitig und wenn irgend möglich vor dem 15. März an meine Adresse (Prof. Dr. Czerny, Heidelberg) gelangen zu lassen.

Von auswärts kommende Kranke können im Kgl. Klinikum (Berlin N., Ziegelstraße 5—9) Aufnahme finden. Präparate, Bandagen, Instrumente etc. sind an Herrn Anders im Langenbeckhause (Ziegelstraße 10—11) mit Angabe ihrer Bestimmung zu senden.

Die Herren DDr. Immelmann (Berlin W., Lützowstraße 72) und Joachimsthal (Markgrafenstraße 81) sind beauftragt, eine systematisch geordnete Ausstellung von Röntgenphotographien im Bibliothekzimmer des Langenbeckhauses zu veranstalten. Die Aussteller werden ersucht, bloß solche Bilder an die Herren bis längstens 1. April d. J. einzusenden, bei denen die Röntgenaufnahme ausschlaggebend für Diagnose oder Therapie gewesen ist. Ungeeignetes wird nicht ausgestellt werden.

Ein Demonstrationsabend von Projektionsbildern wird veranstaltet werden, wenn genügend interessante Diapositive im Format $8^1/_2 \times 10$ ebenfalls vor dem 1. April eingesendet werden.

Eine Ausstellung von chirurgischen Instrumenten und Apparaten, so wie Gegenständen der Krankenpflege ist in Aussicht genommen.

Herr Anders ist beauftragt und ermächtigt, Beiträge zum Besten des Langenbeckhauses, Zuwendungen für die Bibliothek, so wie die regelmäßigen Zahlungen der Mitglieder entgegenzunehmen.

Anmeldungen neuer Mitglieder bitte ich mit Unterschrift dreier Mitglieder an den 1. Schriftführer Herrn Prof. Dr. Körte (Berlin W., Potsdamerstraße 39) zu richten. Am Begrüßungsabende, so wie während der Sitzungen wird Herr Anders Vorschlagsformulare verabfolgen.

Unter dem Vorsitze des Dekans der medicinischen Fakultät in Lyon, Prof. Lortet, hat sich ein Komité gebildet zur Errichtung eines Denkmals für unser am 25. November 1900 verstorbenes Ehrenmitglied E. Ollier in Lyon. Beitragslisten werden während der Kongresssitzungen aufliegen.

Die Sitzungen werden mit nachstehenden Vorträgen eröffnet werden:

Mittwoch, den 10. April.

Herr Küster (Marburg): Die Nierenchirurgie im 19. Jahrhundert. Ein Rück- und Ausblick.

Herr v. Bruns (Tübingen): Über die Kastration bei Hodentuberkulose.

Herr T. Kocher (Bern): Bericht über das 2. Tausend Kropfexcisionen; zur Operation der Struma intrathoracica; zur nichtoperativen Behandlung des Kropfes.

Donnerstag, den 11. April.

Herr Schjerning (Berlin): Die Schussverletzungen der modernen Feuerwaffen.

Herr v. Mikulicz (Breslau) und Herr Bier (Greifswald): Die verschiedenen Methoden der Schmerzbetäubung und ihre Indikationen.

Herr Henle (Breslau): Pneumonie nach Laparotomie.

Freitag, den 12. April.

Herr M. Jordan (Heidelberg) und Herr Schuchardt (Stettin): Über die Indikationen der vaginalen und abdominellen Uterusexstirpation.

Herr W. Petersen (Heidelberg): Über den Aufbau der Carcinome.

Herr Nils Sjöbring (Lund): Über Krebsparasiten.

Sonnabend, den 13. April.

Herr v. Eiselsberg (Wien): (Thema vorbehalten).

Herr Rehn (Frankfurt a/M.): Über chirurgische Behandlung der akuten Appendicitis.

Herr Heusner (Barmen): Behandlung der Kontrakturstellung nach Entzündung des Kniegelenkes (mit Krankenvorstellung).

Herr Kausch (Breslau): Über kongenitalen Hochstand der Scapula.

Herr Ziemssen (Wiesbaden): Nachbehandlung der Kriegsinvaliden und Unfallverletzten an Badeorten.

Vinzenz Czerny.
Vorsitzender für das Jahr 1901.

Röntgenausstellung 1901.

Gelegentlich der in diesem Jahre in Hamburg tagenden **73. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte** *wird im physikalischen Staatslaboratorium daselbst (Jungiusstraße) eine das ganze Röntgenfach umfassende, vom 22.—29. September dauernde Ausstellung stattfinden.*

Im Auftrage des Komités ist die Leitung der Ausstellung in ihrem wissenschaftlichen Theile von Dr. Albers-Schönberg, Dr. Walter und Dr. Hahn, so wie in ihrem litterarischen Theile von der Verlagsbuchhandlung Lucas Gräfe & Sillem übernommen worden.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König**, in Berlin, **E. Richter**, in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 9. **Sonnabend, den 2. März.** **1901.**

Referat und Kritik.

Von

Prof. Dr. **Fritz König**,
Oberarzt am städt. Krankenhause in Altona.

Mit unangenehmer Häufigkeit treten auch in unserer Fachlitteratur »Erwiderungen« beleidigter Autoren gegen Referenten ihrer Arbeiten auf, oft gefolgt von einem, ähnlich wie bei den Prioritätsstreitereien, eben so nutzlosen als unerfreulichen Federkampf. Eine Prüfung der Berechtigung dieser Beschwerden von objektivem Standpunkte aus erscheint uns bei der Bedeutung, welche heut zu Tage dem Referatwesen zukommt, keine müßige Betrachtung. Gewiss regt sich bei vielen Lesern die Hoffnung auf eine Beschränkung jener unerquicklichen Auseinandersetzungen, manchem Autor mag eine ruhige Besprechung darüber erwünscht sein, und wenn sie einem oder dem anderen Referenten Anlass zu eigener Prüfung giebt, so ist sie nicht unnütz gewesen.

Was verlangen Leser und Autor von einem guten Referat, und wie entledigen sich die Referenten ihrer Aufgabe?

Der Leser der Referate wünscht in knapper, zuverlässiger Weise über die zur Besprechung verarbeitete Litteratur unserer Fachzeitschriften etc. orientirt zu werden. Er sucht sich die wesentlichen Ergebnisse der Arbeit heraus und wird bei genauer Berichterstattung mit eigenem Urtheile entscheiden können, ob sich die Arbeit zum Studium für ihn empfiehlt. Bei dem Lesen eines guten Referates soll, obwohl ein Dritter (der Referent) dazwischen steht, ein geistiger Verkehr, wenn ich so sagen darf, nur zwischen Leser und Autor stattfinden.

Im Gegensatze dazu verlangt der Leser von der Besprechung der einzeln käuflichen Lehrbücher, Monographien etc. eine vertrauenswerthe Kritik, denn er will diese Bücher event. kaufen. Desshalb will er die Vorzüge des Buches aus der Recension hören, aber auch über ersichtliche Schäden desselben aufgeklärt werden.

Auch die Autoren solcher Werke werden sich mit diesen Wünschen einverstanden erklären, und da die in Frage kommende Kritik meist die Unterschrift bekannter Fachgenossen trägt, so begrüßt der Verf. den ihm gespendeten Beifall, aber auch rückhaltslose Äußerungen über Mängel seines Buches nimmt er ruhig hin, um sich ihrer vielleicht bei einer neuen Auflage zu erinnern.

Dagegen erwartet der Verf. der in einer Fachzeitschrift erscheinenden Arbeit in einem Referate nicht Lob und nicht Tadel oder Einwürfe. Er will, dass dem Leser der Kern seiner Ausführungen übermittelt werde, und Mancher erleichtert — durch Erfahrungen gewitzigt — dem Berichterstatter durch ein kurzes Resumé am Schlusse der Auseinandersetzungen die Arbeit.

Dem Referenten erwachsen danach, je nachdem er größere Einzelwerke oder Facharbeiten vor sich hat, ganz verschiedene Aufgaben. Er soll gewissermaßen als ehrlicher Makler bei der Besprechung käuflicher Monographien, von Hand-, Lehrbüchern und Kompendien neben der Skizzirung des Inhaltes die Vorzüge zumal gegenüber gleichartigen anderen Werken hervorheben. Bevor er kritisirt, soll er sich die Frage vorlegen, ob der Käufer aus dem Buche das, was er wünscht und soll, lernen kann, und ob es ihn da, wo er Rath und Aufklärung zu fordern berechtigt ist, zufriedenstellen wird. Einzelheiten, welche diesen Kardinalpunkt nicht berühren, zu tadeln, ist nicht seines Amtes. Dagegen ist das Interesse des Lesers, des Käufers, dadurch zu wahren, dass offenbare Lücken und Schäden nicht verschwiegen werden. Über vielem Anderen hat der Kritiker die Pflicht, darauf hinzuweisen, wenn ältere, speciell noch im Buchhandel befindliche Bücher in auffälliger Weise benutzt worden sind. Wenn, wie es vorkommt, nicht nur dem Inhalte, sondern dem Wortlaute nach ältere Bücher seitenlang kopirt werden und so vielleicht im Verein mit zahlreichen Abbildungen aus anerkannt vorzüglichen Konkurrenzwerken auf eine gewisse Höhe gebracht werden, so gebietet dem Kritiker die Pflicht gegen den älteren Autor wie gegen den Leser, dass er das in seiner Besprechung

andeutet. Nach alledem ist die Recension solcher Werke schwer und verantwortungsvoll; sie verlangt sachverständiges Urtheil, sorgfältiges Studium, entschlossene Stellungnahme im Einzelnen und im Ganzen. Unserer Ansicht nach wird diese Arbeit fast ausnahmslos von Referent und Autor ernst genommen. Die Mehrzahl der Beschwerden erfolgt auch nicht hier, sondern auf dem Gebiete der Berichterstattung über Aufsätze, Abhandlungen etc., kurzum der eigentlichen Referate.

Autor und Leser verlangen, dass die Person des Referenten hier ganz zurücktrete. Der Autor will selbst zum Leser sprechen, dieser nur ihn hören und nicht durch die Expektoration eines Dritten für oder gegen den Verf. beeinflusst sein. An der Erfüllung dieser Forderung nun scheitert, zum Theil in zahlreichen Wiederholungsfällen, ein großer Theil der Referenten. Ein jeder wird beim Lesen einer Arbeit pro oder contra angeregt, es fällt ihm dies und das ein etc. Der Leser denkt das bei sich, der Referent aber kann es, wenn er will, als Würze seines Referats dem Leserpublikum mitgeben — und der Versuchung erliegen viele.

Da hat einer einen »ganz analogen Fall« erlebt, ein anderer »Untersuchungen auf demselben Gebiete« gemacht. Beides wird dem Referate zugefügt, ja es ist sogar vorgekommen, dass sich ein Referent für die unrechtmäßigerweise hinzugefügten Gedanken sofort die »Priorität« sicherte. Dieser verurtheilt gleich die Behandlungsmethode, über welche er berichten soll, und empfiehlt ein eigenes Verfahren, jener ist mit der Deutung mikroskopischer Befunde nicht zufrieden und hält dem Autor die richtige Auslegung vor Augen.

Selten nur finden sich provokatorische, häufiger schon ironische Bemerkungen über gewisse sinnfällige Schwächen der besprochenen Arbeit. In allen diesen Fällen, welche wir der Wirklichkeit entnommen haben, wird, zum mindesten, erreicht, dass das Interesse des Lesers außer der eigentlich referirten Arbeit noch den persönlichen Zuthaten des Referenten zugewandt wird. Unter zahlreichen Referaten hat der Verf. dieser Betrachtung selbst vor Jahren sich einmal dazu hinreißen lassen, das in einer Arbeit empfohlene Operationsverfahren zu rügen — von einem falschen Standpunkte ausgehend. So sehr manche Veröffentlichungen den Widerspruch herausfordern, die Kritik über sie steht, außer dem Leser, den Kongressen und der sicher und stetig fortschreitenden Arbeit auf dem betreffenden Gebiete zu. Die vom Referenten geübte Kritik kann sich der Autor mit Recht verbitten, eben so wie er das Recht zur Beschwerde hat, wenn ein Bericht über seine Arbeit vom Referenten missbraucht wird, um eigene Beobachtungen, Gedanken, Untersuchungsergebnisse etc. dem Leser mit aufzutischen, während doch alle Blätter zur selbständigen Publikation derselben ihm offen stehen. Weder dem Publikum, noch dem Autor wird mit solchen Zusätzen gedient, und desshalb soll der Referent der Verlockung, seinen Bericht dazu zu benutzen, widerstehen. Wir haben eine über-

wiegend große Zahl von Referenten, welche dies thut oder gelernt hat, aber manchem, auch ergrautem Federstreiter ist die Selbsterziehung nicht gelungen.

Wir kommen zu dem Schlusse, dass auf dem Gebiete der eigentlichen »Kritik« die Berechtigung zur Klage selten ist. Bei den »Referaten« aber könnte Manches anders sein, und nicht immer ist die Erklärung darin zu suchen, dass sie meist von jüngeren Kollegen gemacht werden. Aber mit der Mahnung zur Selbsterziehung in der Objektivität wird hier eine Abhilfe nicht erreicht werden. Wir verlangten von dem Referat:

Es soll in einer objektiven Wiedergabe des Gedankenganges der betreffenden Arbeit bestehen, ohne kritisirende Bemerkung irgend welcher Art;

es darf keine eigenen Deduktionen, Beobachtungen, Behandlungserfolge, Untersuchungsergebnisse u. A. m. enthalten, welche vom Referenten beigegeben werden.

Der Letztere ist bei seinem Engagement von diesen Anforderungen in Kenntnis zu setzen. Das Urtheil, ob die eingelieferten Referate denselben entsprechen, steht dem Redakteur zu, welcher berechtigt ist, den Bericht zur Änderung zurückzuschicken, und von diesem Rechte zutreffenden Falles in ausgedehntem Maße Gebrauch machen sollte.

Wir glauben, dass durch strenge Beobachtung dieser Maßregeln manche der hässlichen Referatauseinandersetzungen den Autoren, den Lesern — und dem Referenten erspart bleiben könnte.

Zusatz der Redaktion.

Vorstehenden sehr dankenswerthen Artikel kann ich nicht in die Welt gehen lassen, ohne ihm einige begleitende Worte anzufügen.

Als im Jahre 1880 Franz König, Richard Volkmann und der Unterzeichnete — v. Lesser, Schede und Tillmanns ablösend — die Herausgabe des Centralblattes für Chirurgie übernahmen, begannen sie ihre Arbeit mit einem kurzen an die Leser der Wochenschrift gerichteten Worte, in welchem sie die Grundsätze aussprachen, nach welchen dieselbe geleitet werden sollte. Darin heißt es: »Es ist wünschenswerth, der Kritik ein etwas breiteres Feld einzuräumen, als es bisher geschehen ist. In einer Wissenschaft, wo so emsig gearbeitet, so viel geschrieben und gedruckt wird, wie in der unsrigen, erscheinen gelegentliche kritische Besprechungen durchaus nothwendig, wenn nicht Zeit und Kraft vielfach unnöthig vergeudet werden sollen. Und besonders sind es diejenigen Chirurgen, die theils in Folge ihrer bisherigen wissenschaftlichen Leistungen, theils in Folge ihrer amtlichen Stellung als klinische Lehrer oder Vorsteher großer Hospitäler zur Zeit an der Spitze der deutschen Chirurgie stehen, deren Arbeiten womöglich nicht anders als kritisch besprochen werden sollten. Das schlichte Referat hat hier nur eine

sehr geringe Bedeutung, da diese Arbeiten doch von Jedem, der sich ernstlich für unsere Wissenschaft interessirt, im Original studirt werden. Die Redaktion wird ehrlich bemüht sein, nur einer objektiven sachgemäßen Kritik das Wort zu verstatten, während der beschränkte Raum des Blattes an sich schon dafür Bürgschaft leistet, dass derartige kritische Erörterungen sich räumlich in den engsten Grenzen halten«.

Diesen Principien auch gegenwärtig huldigend, übersende ich noch jetzt an einen jeden Kollegen, der als ständiger Mitarbeiter am Centralblatte angestellt wird, eine Anweisung, in welcher es heißt: »Immer wieder ist daran zu erinnern, dass bei dem Referiren, wo es angezeigt ist, eine unparteiische, objektive, anständige Kritik geübt werde, die am werthvollsten dann ist, wenn sie, wo sie lobt, zweifelt oder tadelt, durch Anführung der berichtigenden Thatsachen, durch den Hinweis auf ältere oder neuere Erfahrungen etc. in möglichst kurzen Worten ihre Anschauung begründet. Im Interesse solcher Kritik ist auch zu wünschen, dass die Herren Mitarbeiter an ihr Referat Berichte oder Beobachtungen und Erfahrungen aus der eigenen Praxis oder aus den Anstalten, an welchen sie beschäftigt sind, anfügen, damit so das behandelte Thema mit reicherem Material ausgestattet wird, ähnlich den Diskussionen, die sich an Vorträge anschließen.«

Das Centralblatt hat nun das Glück gehabt, dass verhältnismäßig selten Referate den Widerspruch des Verf.s der besprochenen Schrift veranlasst haben: im vorigen Jahre 2 bei 1840 Referaten. Es sind das ja immerhin 2 mehr, als wünschenswerth ist; auch soll nicht geleugnet werden, dass die Absicht, geäußerte kritische Bemerkungen zurückzuweisen, noch mehrfach vorhanden war; doch ließen sich die betreffenden Autoren durch den Hinweis auf die Berechtigung einer objektiven Kritik beruhigen und zogen ihre Einwendungen zurück. — Natürlich ist hier nicht die Rede von den Diskussionen, die durch Originalmittheilungen hervorgerufen werden; denn für letztere ist das Centralbatt nur der frei gegebene Sprechsaal; sie erscheinen allein auf Gefahr des Verf.s, nicht unter der Verantwortlichkeit der Redaktion, die nur Platz frei giebt für Replik und einmalige Duplik. Eben dahin zu rechnen sind Selbstberichte über gehaltene Vorträge. —

Solche Erwiderungen und gar die Prioritätsstreitigkeiten gehören in der That zu den unerfreulichsten Erscheinungen der Litteratur, und jeder Redakteur wird sich bemühen, sie von seinem Blatte fernzuhalten; aber immer kann er sie nicht vermeiden, falls er allseitig gerecht sein will, und so lange Arbeiten von Autoren publicirt werden, die sich um das, was Andere vor ihnen geleistet haben, wenig oder gar nicht bekümmern.

Fritz König will nun, dass in der Art der Behandlung eine strenge Scheidung zwischen den Lehrbüchern und Monographien einerseits und den in den Fachzeitschriften andererseits erscheinenden Arbeiten stattfinde: jene sollen kritisirt, diese allein referirt

werden. Dem Meisten, was er über Kritik sagt, stimme ich aus vollem Herzen bei. Nur betont er mir hierbei zu sehr das Interesse des Lesers bezw. des Käufers publicirter Werke, während die Kritik sich doch gegen die Arbeit des Verf.s wendet, sie lobt oder tadelt und Zweifeln Worte giebt über den Werth und die Richtigkeit der in dem Werke publicirten neuen Anschauungen, Theorien, Heilverfahren etc., seine Wünsche ausspricht über Veränderungen, Vervollständigungen, Weglassungen, die seiner Ansicht nach einer neuen Auflage des Buches zum Vortheil gereichen und dasselbe dann natürlich auch für den Leser — und Verleger — noch werthvoller machen werden. Gegen den Verf. persönlich soll die Kritik den Leser nie beeinflussen. Immerhin wendet sich diese immer in erster Linie an ihn, nicht an das lesende und kaufende Publikum. Wird er, bezw. sein Werk, gelobt, so findet letzteres schon seinen Weg in die Bibliothek der Leser; wird er in der richtigen Weise auf Mängel seiner Arbeit aufmerksam gemacht, so wird ihn das anregen, es ein zweites Mal besser zu machen; wird dagegen seine Arbeit todtgeschwiegen, so ist ihm das in der Regel das Unangenehmste — es sei denn, dass er in richtiger Selbsterkenntnis selber darum bittet.

Die Kritik nun, die den Monographien gegenüber gestattet und erwünscht ist, sie soll — nach Fritz König — gegenüber allen in Zeitschriften erscheinenden Abhandlungen schweigen. Diese Forderung wäre vielleicht zu der Zeit, als das Centralblatt für Chirurgie ins Leben trat, noch eher angebracht gewesen. Denn bis 1872 bestand in Deutschland als einzige chirurgische Zeitschrift Langenbeck's Archiv. Ihm gegenüber nahmen die als Monographien erscheinenden Arbeiten damals einen verhältnismäßig großen Platz ein. Seitdem aber ist eine reiche Anzahl von Zeitschriften in Deutschland wie im Auslande emporgeschossen, die die große Überzahl der erscheinenden chirurgischen Arbeiten in sich koncentriren, Arbeiten, die doch nicht nur einzelne neuste Untersuchungen und Erfahrungen einfach deponiren, sondern das gewählte Thema nach Art der Monographien behandeln, ja nicht selten, nachdem sie zuerst in der Zeitschrift erschienen sind, als Monographien eine weitere Verbreitung suchen. Worin liegt dann das Recht begründet, dass sie in Begleitung anderer Arbeiten erscheinend, nur für das Referat geeignet sind, wenn isolirt auftretend, sich der Kritik unterwerfen müssen? Dem Leser kommt es doch nicht nur darauf an, die specielle Ansicht oder Erfahrung des Kollegen A. über eine brennende Frage im Referate kennen zu lernen, sondern er will überhaupt, da ihm Zeit und Gelegenheit fehlt, viel Orginale zu lesen, aus den referirenden Zeitschriften möglichst auf dem Laufenden erhalten werden. Nun erhalten nicht selten die Orginalarbeiten durch die Beschränktheit und Eigenart des dem Verf. zur Disposition stehenden Materials, durch eine besonders gewählte Untersuchungsrichtung, durch Mangel an Litteratur etwas Einseitiges und kommen zu schiefen Schlüssen. Soll da ein Referent, dem reiche entgegengesetzte Erfahrungen zu

Gebote stehen, der zufällig eine umfassende Litteraturkenntnis in der bearbeiteten Frage besitzt, seine abweichenden Erfahrungen unterdrücken, durch deren Mittheilung er die Frage in richtigere und hellere Beleuchtung rückt?

Den sachlichen Vortheil davon haben — sollte ich meinen — doch eben sowohl der Verf. des Originals wie die Leser des Referates. Man bedenke doch, dass die Schriftsteller wie die Leser — speciell des Centralblattes — überall in Europa und jenseits der Meere in großen Städte und auf dem Lande zu suchen sind, und dass es gilt, dem Austausche der vielseitigsten Anschauungen Platz zu gewähren und Einseitigkeiten möglichst fern zu halten — und das Alles in möglichst knapper, inhaltsreicher Form.

So möchte ich von den oben mitgetheilten Anweisungen, die, übereinstimmend mit den im Jahre 1880 ausgesprochenen Principien, noch jetzt die Mitarbeiter am Centralblatte zur Nachachtung überwiesen erhalten, einstweilen nicht abgehen.

Dagegen möchte ich zum Schlusse noch kurz auf einen Fehler eingehen, der eingerissen ist und beseitigt werden muss: die Fülle der Originalmittheilungen und der große Umfang einzelner unter diesen. Das Centralblatt ist vorzugsweise eine referirende Zeitschrift, für die Referate muss sein verhältnismäßig geringer Platz in überwiegender Menge frei gehalten werden, um so mehr, als die Zahl der zu besprechenden Arbeiten — nicht zu vergessen die Kongressberichte — von Jahr zu Jahr zunimmt. Es wird einem Redakteur schwer, wenn der Wunsch der Autoren, eine Originalarbeit an der Spitze des Blattes erscheinen zu lassen, dringender und häufiger als sonst ausgesprochen wird, dem entgegenzutreten. Aber wir müssen nun einmal unseren Principien wie den äußeren Verhältnissen Rechnung tragen und daher den Raum für die Originalmittheilungen in Zukunft einschränken. Es lässt sich übrigens das Charakteristische, was in diesen veröffentlicht wird, in der Regel noch viel kürzer wiedergeben, als es gemeiniglich geschieht; und so bitte ich denn, dass fortan der Umfang der Originalmittheilungen womöglich 2 Druckseiten nicht übersteigt, und mir zu verzeihen, wenn ich bei der Überfülle einlaufenden Materiales der einen oder anderen Arbeit nicht Aufnahme gewähren kann.

Richter (Breslau).

Es ist wohl ohne Weiteres zuzugeben, dass eine scharfe Trennung der Fachzeitungslitteratur und der Lehrbücher, Monographien etc. nicht durchführbar erscheint, dass es eine Anzahl litterarischer Leistungen giebt, die auf der Grenze dieser Eintheilung liegen. Giebt man dies zu, so wird man doch, wie ich glaube, der Anschauung recht geben, dass es nicht zulässig erscheint, dem Referenten über kasuistische, experimentelle und ähnliche Mittheilungen das kritische Schwert in die Hand zu drücken. Zu leicht bemächtigt sich derselbe der Waffe, vergisst über dem Kritisiren das Referiren, und das Referat ist nichts werth. Am schlimmsten ist es, wenn Referiren und

Kritisiren durch einander gehen. Kann »der Referent« in solchen Fällen die Kritik gar nicht unterdrücken, so sollte er sie höchstens mit den bekannten zwei Worten dem Ende des Referates anfügen. Das wird aber ganz besonders erlaubt sein, wenn bei längeren Arbeiten unzureichend gestützte, den herrschenden Anschauungen widerstrebende Schlüsse gezogen worden sind.

Der Autor, welcher nach Referaten arbeiten und sich aus den Referaten orientiren will oder der referirten Arbeit selbst bedarf, wird wohl meist das sachlich und gründlich gehaltene Referat dem kritischen vorziehen; dem bloßen Leser kann die Kritik nur nützen, wenn sie, allem Persönlichen fern, streng sachlich von Einem, der den betreffenden Stoff wirklich beherrscht, abgegeben wird.

Prof. **Franz König** (Berlin).

I.

Zur Frage der medullaren Narkose.

(Vorläufige Mittheilung.)

Von

Dr. **Karl Schwarz**,

Primararzt am Spitale der barmherzigen Brüder in Agram.

Wie großes und berechtigtes Aufsehen auch Bier durch seine Entdeckung von der auf die ganze untere Körperhälfte sich ausdehnenden Analgesie nach Injektion minimaler Cocainmengen in den Subarachnoidalraum hervorrief, so steht doch die große Mehrzahl der Chirurgen, darunter Bier selbst, der praktischen Anwendung dieser Entdeckung kühl ablehnend gegenüber. Nur Wenige wollten auf die Ausnützung dieses glänzenden Verfahrens nicht verzichten, trotz der bekannten lästigen Nebenerscheinungen, von denen die Cocainisirung des Subarachnoidalraumes gefolgt wird. An der Spitze der Verehrer dieser Methode steht Tuffier, der bereits auf Hunderte von Rückenmarkscocainisirungen zurückblicken kann, und auch ich machte von der Bier'schen Entdeckung reichlich praktischen Gebrauch. Zu den 61 derartigen Fällen, über die ich letzthin in der »Wiener med. Wochenschrift« (1900, No. 48) berichtete, kommen seither weitere 14 hinzu. Bei Einhaltung der Maximaldose von 0,015 Cocain hatte ich niemals bei meinen 75 Fällen eine bedenkliche oder besorgniserregende Erscheinung zu beklagen. Immerhin muss zugegeben werden, dass dieses in Bezug auf die Lähmung des Schmerzgefühls so wunderbare Verfahren von Nebenerscheinungen begleitet wird, die nichts weniger als willkommen sind, häufig Übelkeiten, Erbrechen, Temperatursteigerungen bis 40° und nahezu ausnahmslos von Kopfschmerzen, die manchmal eine geradezu tobende Heftigkeit annehmen. Zeigt auch die Erfahrung, dass diese Erscheinungen vorübergehender Natur und ungefährlich sind, so ist doch die erzielte Analgesie ziemlich theuer erkauft. Es war ein natürliches

Bestreben, nach einem Verfahren zu trachten, welches ohne so lästige Nebenerscheinungen die Vortheile dieser Methode sichert.

Ich versuchte das vielgerühmte Eucaïn B. In der gleichen Dose wie Cocain angewandt, erwies es sich von ungenügender analgesirender Wirkung, hatte dagegen in gleichem Maße üble Nebenerscheinungen zur Folge.

Ich schritt zu einem anderen Versuche. Ich hatte die Erfahrung gemacht, die auch von Racoviceanu-Pitesci hervorgehoben wurde, dass nach einer an einem Pat. zum zweiten Male ausgeführten subarachnoidalen Cocaininjektion alle lästigen Nebenerscheinungen wegfallen. Sollte es nicht gelingen, diese hochinteressante Erfahrung auszunutzen, den Pat. gegen die unerwünschten Nebenwirkungen des Cocain zu immunisiren und gewissermaßen sofort mit der zweiten Injektion zu beginnen? Ich injicirte dem Pat. den Tag vor der Operation 0,02 Cocain subkutan, hierauf vor der Operation in gewohnter Weise 0,015 Cocain subarachnoidal — der gewünschte Erfolg blieb aus.

Ich wagte einen dritten Versuch, indem ich das Cocain durch Tropacocain, welches mir von der Firma E. Merck in Darmstadt zur Verfügung gestellt wurde, ersetzte. Diese Versuche wurden mit der gebotenen Vorsicht unternommen und von niedrigen Dosen ganz allmählich zu höheren übergegangen. Ich begann mit 0,015, dann 0,02, 0,025, 0,03, und ging dann auf 0,04 und 0,05 über. Ich führte 16mal subarachnoidale Injektionen von Tropacocain aus. In keinem einzigen dieser Eälle waren auch nur die geringsten unangenehmen Folgeerscheinungen zu beobachten: keine Blässe noch Schweißausbruch, Übelkeiten, Erbrechen, Kopfschmerzen, Schwindel oder Temperatursteigerungen, nichts von alledem war zu beobachten. Die Dosen bis 3 cg erwiesen sich als ungenügend in Bezug auf den Analgesirungseffekt. Mit 3 cg ist eine bis zu den Knieen reichende völlige Analgesie erzielbar, in den höheren Partien ist sie nicht verlässlich. Mit 4 cg konnte ich bei einem sehr empfindlichen 19jährigen Pat. einen osteomyelitischen Oberschenkel aufmeißeln und die Sequester entfernen, ohne dass der Pat. eine Spur von Schmerzempfindung gezeigt hätte. Auch mehrere Radikaloperationen von Hernien konnte ich mit genügender, wenn auch zuweilen nicht ganz idealer Analgesie ausführen. Mit 0,05 war die Analgesie vollkommen bei Ausführung von Radikaloperationen und der Herniotomie eines inkarcerirten Leistenbruchs, bei der Excision von Hämorrhoiden nach Whitehead und bei einer äußeren Uretrothomie, die bei einem höchst decrepiden, 66jährigen, uroseptischen Individuum, mit einer seit 2 Tagen bestehenden kompleten Urinretention in Folge einer traumatischen Harnröhrenstriktur ausgeführt wurde. Es gelang in dem letzteren Falle sehr schwer, das centrale Harnröhrenende aufzufinden, und die Operation dauerte 2 Stunden — die Analgesie war bis zum Schlusse eine absolute. In keinem dieser Fälle war auch nur eine Spur von den genugsam bekannten unangenehmen

Nebenerscheinungen der Cocainisirung des Rückenmarkes nachzuweisen. 10 Minuten nach dem leicht zu verschmerzenden Nadelstiche ist die Analgesie komplet, und das Allgemeinbefinden erleidet weder während noch nach der Operation die geringste Schädigung.

Ersetzt man das Cocain durch Tropacocain, so ist die Eignung der genialen Bier'schen Entdeckung für die praktische Verwendung unbestreitbar geworden.

II.

Die Pseudarthrose des Nagelgliedes.

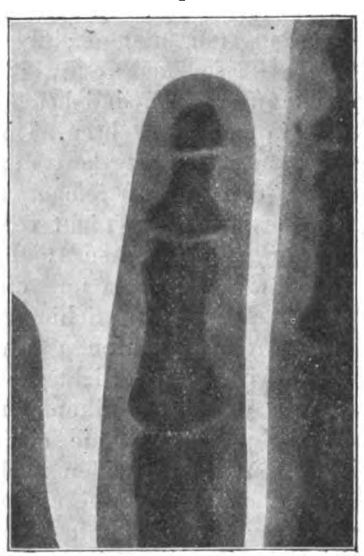
Von

Prof. W. Müller,

Oberarzt am Louisenhospitale in Aachen.

Im Gegensatze zu dem häufig betonten großen Heiltriebe nach komplicirten Fingerfrakturen scheint das Vorkommen von Pseudarthrosen im Anschlusse an Phalangenbrüche eine nennenswerthe Beachtung seither nicht gefunden zu haben. Im Jahre 1898 habe ich in einer Sitzung der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Chirurgen[1] das Aktinogramm eines solchen Falles demonstrirt und dabei auf meine Anfrage, ob seitens Anwesender Ähnliches beobachtet worden sei, die Antwort in negativem Sinne erhalten. Ich glaube auch kaum, dass das kleine, aber, wie ich zeigen möchte, doch ganz interessante und gelegentlich auch störende Leiden vor Einführung der Röntgenmethode sicher diagnosticirt werden konnte.

Fig. 1a.



Der Umstand, dass ich nach jener meiner ersten Beobachtung das Gleiche noch 2mal zu sehen bekam, lässt mich vermuthen, dass die Möglichkeit einer Pseudarthrosenheilung wohl öfter bei der Beurtheilung der Folgezustände von Fingerverletzungen ins Auge zu fassen ist, zumal Einem die wahre Ursache bestimmter, hier eine Rolle spielender, Beschwerden bei Unterlassung der aktinographischen Untersuchung sehr leicht entgehen kann.

Die Wiedergabe einiger Röntgenbilder, die meinen Beobachtungen entstammen, ermöglicht mir, mich in der nachfolgenden Schilderung kurz zu fassen. Gemeinsam war den 3 Fällen die Ätiologie: Kom-

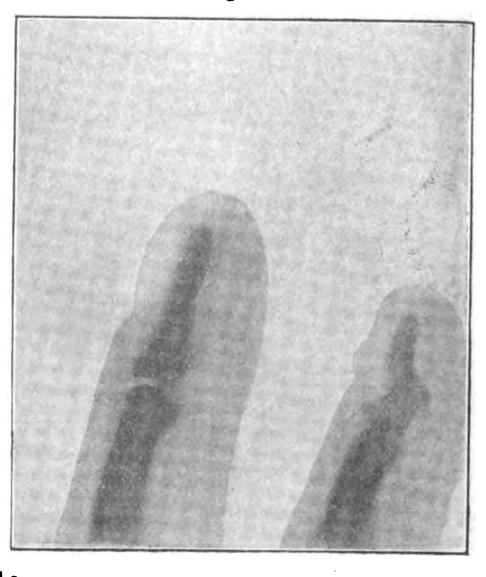
[1] Deutsche med. Wochenschrift 1898. Bd. V. p. 151.

plicirte Frakturen durch Zahnradwirkung (2mal), resp. durch Walze, 2mal rasche und scheinbar vollkommene Heilung, im 3. Falle erst nach Entfernung eines kleinen Sequesters.

Fig. 1 b.



Fig. 1 c.



Bei der ersten Beobachtung (37jähriger Kaufmann) wurde ich durch folgende Klagen auf das Leiden aufmerksam. Die komplicirte Fraktur der Endphalanx des rechten Zeigefingers war 3 Wochen nach der Verletzung mit feiner Narbe und etwas buckeliger Beschaffenheit des Nagelbettes geheilt. Aber auch nach $2^1/_2$ Monaten noch konnte der betr. Herr, der viel zu schreiben hatte, dies nur mit sehr häufigen Unterbrechungen thun, da der Finger rasch ermüdete, dann oft ganz versagte und dem Pat. eine Empfindung verursachte, »die ihn ganz nervös machen konnte«.

Die klinische Untersuchung ergab sonst nur, dass das Endgelenk des Zeigefingers scheinbar etwas hyperextendirt werden konnte, aber kaum schmerzhaft dabei war. Die Annahme einer wirklich abnormen Mobilität der Endphalanx schien mir kaum berechtigt zu sein, aber der Röntgenapparat lieferte die Fig. 1a, also deutlichen Spalt in der Gegend der Nagelwurzel. Trotzdem war mir's in Anbetracht der kurzen Hebelarme kaum möglich, die Pseudarthrose auch klinisch sicher zu erkennen.

Da Pat. die Störung recht unangenehm empfand, ging er auf den Vorschlag der operativen Freilegung (Blutleere und Lokalanästhesie) sofort ein. Befund: Ausgesprochene Pseudarthrose, Beweglichkeit der Fragmente stärker, als vermuthet. Interposition eines Stückes vom inneren Blatte des Nagelbettes. Anfrischung der Fragmente mit feiner Schneidezange. Fixirende Verbände. Allmähliche Konsolidation mit vollkommener Beseitigung der erwähnten Beschwerden. Das Endresultat zeigen die Figg. 1b und 1c.

2. Fall: 60jähriger Weber. Vor 2 Jahren ganz ähnliche Verletzung wie in Fall 1, ebenfalls am rechten Zeigefinger. Ich hatte den Mann mit mehreren anderen Kollegen wegen noch bestehender Klagen zu begutachten. Pat. konnte angeblich

nicht mehr wie früher den Finger zum Knüpfen der Fäden benutzen, der Finger ermüde leicht und »gehe beim festen Zufassen zu weit zurück«. Äußerlich außer einer feinen, fast cirkulären Narbe kaum eine Veränderung. Wiederum scheinbar im Endgelenke passive Hyperextension möglich.

Fig. 2a.

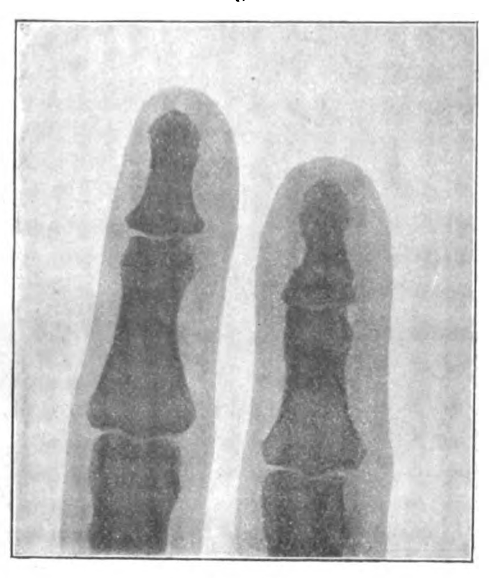
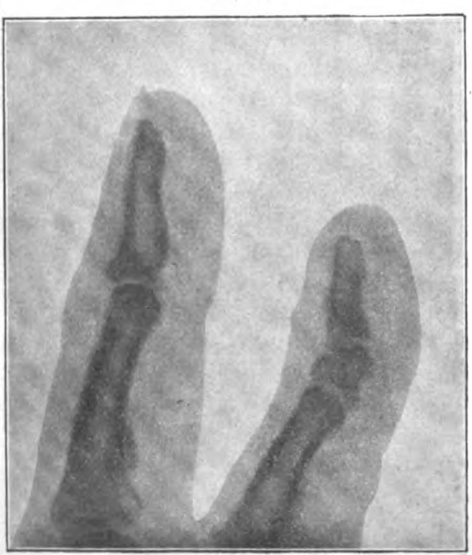


Fig. 2b.



Dies Mal sprach ich die Vermuthung einer Pseudarthrose aus. Der Röntgenapparat ergab die Figg. 2a und 2b (letzteres von der Seite gesehen, künstlich hyperextendirt). Dem Pat. konnte eine kleine Rente nicht wohl entzogen werden. Von Operation wollte er vorab nichts wissen.

3. Fall: 16jähriger Schlosser, Sitz der Pseudarthrose ist die Endphalanx des linken Zeigefingers. 4 Monate nach der Verletzung ist die abnorme Mobilität auch klinisch leicht erkennbar, und Pat. ist dadurch, dass das Endglied sich beim Festhalten mit dem linken Zeigefinger stets in Hyperextension stellte, unangenehm gestört in der Arbeitsfähigkeit. Heilung durch Operation wie im Falle 1. (Interposition von Weichtheilen und einem Stücke Haut als Ursache der Pseudarthrose.)

Während die Verhältnisse im letzten Falle, sowohl hinsichtlich der Genese (Sequester), wie des klinischen Bildes, ziemlich greifbar lagen und in analoger Weise wohl öfter schon zu operativem Vorgehen (Amputation) Veranlassung waren, habe ich in der mir verfügbaren Litteratur vergeblich nach Vorkommnissen, wie sie in Fig. 1a und Fig. 2 dargestellt sind, gesucht. Ich möchte, wie gesagt, glauben, dass bei genauer Analyse der Folgezustände und Beschwerden nach Fingerverletzungen der geschilderte Zustand sich öfter als ursächliches Moment ergeben wird.

Die kleine Operation, welche dann am Platze ist, und welche leicht ohne Narkose vorgenommen werden kann, ist eine recht dank-

bare; denn je nach Sitz der abnormen Beweglichkeit, je nach der Beschäftigung, resp. dem Werthe des betr. Fingers für dieselbe, kann sich jene Pseudarthrose mehr oder weniger störend geltend machen.

---

1) **R. Kennedy.** On the restauration of coordinated movements after nerve crossing with interchange of function of the cerebral cortical centres. Communicated by Prof. McKendrick.

Glasgow 1900. November.

Verf. hat sehr interessante Versuche mit nachfolgender praktischer Anwendung gemacht über die Wiederherstellung der Funktionen durchschnittener und gekreuzter Nerven und das dabei beobachtete Verhalten der Rindencentren. Sie mögen hier im Auszuge folgen.

Versuche über Nervenkreuzung.

Die Versuche sollten klar legen, ob nach Durchtrennung und kreuzweiser Vereinigung der ganzen Nervenversorgung zweier antagonistischer Muskelgruppen das Thier die Fähigkeit wiedererlangen kann, willkürlich geordnete Bewegungen mit den betr. Muskeln zu vollführen, und wie die Wirkung auf die betheiligten Hirnrindencentren sich gestaltet. Hat der Organismus die Kraft, die Veränderung auszugleichen, in welche die Nervencentren gebracht werden durch die Verbindung mit peripheren Enden, mit denen sie nicht zusammengehören?

Die Versuche wurden in 5 Fällen am rechten Vorderbeine von Hunden gemacht. Die 4 ersten bestanden in Vereinigung der centralen Abschnitte der durchtrennten Nn. musculo-cutaneus, medianus und ulnaris mit dem peripheren Abschnitte des N. radialis und umgekehrt. Die ganze Versorgung der Beugemuskeln des Vorderarmes wurde so gekreuzt mit derjenigen der Streckmuskeln. Die Durchschneidungsstelle lag direkt oberhalb des Ellbogengelenkes, die Vereinigungsstellen also an entgegengesetzten Seiten des Gliedes, getrennt durch einen dicken, die Möglichkeit einer Wiedervereinigung hindernden Muskel.

Ein Versuch misslang durch Sepsis der Wunde, bei dreien erlangten die Thiere beinahe vollständig die Kraft wieder, willkürlich geordnete Bewegungen des Gliedes zu machen. Das Bein wurde beim Gehen und Laufen fortwährend und vollständig gebraucht, sie gaben auf Verlangen die Pfote und hielten ihren Knochen beim Abnagen fest. Die Wiederherstellung der Funktion begann um den 30. Tag nach der Operation und wurde vollständig zwischen dem 45. bis 90.

Die physiologische Prüfung ergab Vereinigtsein der gekreuzten Nerven ohne einen Punkt gemeinschaftlicher Vereinigung mit dem anderen; die Beugemuskeln waren somit vollständig durch den Ra-

dialis, die Streckmuskeln durch Medianus, Ulnaris und Musculocutaneus versorgt.

In 2 Versuchen gab der oberhalb der Vereinigung gereizte Radialis Beugung der Pfote, keine Bewegung der Streckmuskeln, während Reizung des centralen Abschnittes des Musculo-cutaneus etc. Streckung der Pfote ergab und keine Bewegung in den Beugemuskeln. Reizung an den Rindencentren des Gyrus sigmoid. ergab auf der linken Hemisphäre, wo normalerweise bei Reizung Beugung entsteht, Streckung und keine Bewegung der Beuger, Reizung des normalen Streckcentrums bei einem Thiere reine Beugung, keine Bewegung der Strecker; beim anderen fand sich das Beugecentrum im normalen Streckbereiche, aber keine reine Beugung ohne Bewegung der Strecker.

Im 4. Versuche war das Resultat der Reizung ziemlich dunkel: Reizung der centralen Abschnitte sämmtlicher 4 Nerven gab Zusammenziehung der Streckmuskeln, keine Beugung. Indessen waren die Beuger augenscheinlich vollkommen gesund und besaßen normale faradische Erregbarkeit. Reizung der Centren am linken Gyrus sigmoid. zeigte, dass das Beugecentrum ein Streckcentrum geworden, aber kein Beugecentrum zu finden war. — Im 2., 3. und 4. Versuche waren die rechtsseitigen Gehirncentren normal gelagert.

In allen Versuchen war die Reizbarkeit der linksseitigen Centren eher verstärkt als geschwächt.

Zur Feststellung, ob die Nervenkreuzung die funktionelle Wiederherstellung verzögere, wurde noch ein Ergänzungsversuch mit einfacher Durchschneidung und sofortiger sorgfältiger Wiedervereinigung derselben Nerven beim Hunde gemacht: Der Verlauf der Wiederherstellung der Funktion war kein wesentlich verschiedener von dem bei Kreuzung.

Die physiologische Prüfung zeigte, dass die Nerven gut vereinigt waren, normale Reizbarkeit und Leitungsfähigkeit wiedererlangt hatten, und dass die Muskeln gesund waren. Prüfung der Rindencentren ergab unscharfe Abgrenzung, doch war dies auch auf der gesunden Seite bei diesem Thiere der Fall.

Praktische Anwendung.

Verbindung des peripheren Abschnittes des durchtrennten N. facialis mit dem Stamme des N. accessorius zur Behandlung des Spasmus faciei bei einer Frau.

Faure hatte schon einmal operativ, aber mit negativem Erfolge, den zum Trapezius gehenden Zweig des N. accessorius zum Ersatze bei Facialislähmung benutzt. In dem vorliegenden Falle litt die Pat. seit 10 Jahren an beständigen Zuckungen der rechten Gesichtsseite, der Mundwinkel war beständig hoch gezogen, die Augenlider halb geschlossen. Die bisherige Behandlung hatte den Zustand noch verschlimmert.

Am 4. Mai 1899 Durchtrennung des Facialis in der Nähe des Austrittes aus dem Canalis Fallopii, Einpflanzung in den Stamm des Accessorius an der Stelle, wo letzterer unter dem hinteren Bauche des M. digastricus hervorkommt. Durch den zwischenliegenden Digastricus wurde eine Wiedervereinigung der Facialisenden verhindert. Unmittelbar nach der Operation vollständige rechtsseitige Gesichtslähmung, die für einige Zeit blieb; faradische Erregbarkeit aufgehoben. Mit der Zeit langsame Wiederkehr der letzteren, zuerst im Orbicularis palpebrarum um den 18. Tag. Um den 49. Tag sehr deutliche Zusammenziehung auf faradische Reizung, willkürlicher Lidschluss zur Hälfte. Am 141. Tage faradische Erregbarkeit auch der anderen Muskeln, am 155. bei Applikation der Elektrode auf die Verbindungsstelle zwischen Facialis und Accessorius heftige Zusammenziehung in allen Gesichtsmuskeln.

Am 17. August 1900, also ca. 15 Monate nach der Operation, war der Zustand folgender: Keine unangenehme Empfindung im Gesichte, Spasmus nicht wiedergekehrt, Conjunctiven normal, keine vermehrte Thränensekretion, Blinzeln genügend, so dass kein Staub ins Auge kam, vollkommener Schluss des Auges, wenn auch nicht so fest wie am gesunden. Gute Kontraktion des Orbicularis palp. auf reflektorischen Reiz. Faltung der Augenbraue nur zu einem geringen Grade, Bewegungen mit Backe und Mund möglich, obschon nicht sehr geordnet. Die labialen Buchstaben wurden vollständig ausgesprochen, und der Buccinator genügte, um Anhäufung von Speisen zwischen Backe und Zahnfleisch während des Essens zu verhüten. Keine Atrophie des Gesichtes, in der Ruhe kein Zeichen von Facialislähmung, guter Tonus der Muskeln und Ausprägung der normalen Furchen.

Mangel an Kraft deutlich beim Erheben der Augenbrauen oder dem Spitzen des Mundes zum Pfeifen oder Blasen. Die Muskeln dieser Theile waren nach faradischer Prüfung vollkommen gesund sowohl bei direktem Muskelreize wie bei indirektem von den Nervenpunkten.

Reaktion und Bewegung des Trapezius und Kopfnickers normal.

Eigenthümlich war bei plötzlichem Erheben des Armes gleichzeitige Kontraktion des Gesichtes, indem die Impulse für den Trapezius direkt nach dem Gesichte gingen. Bei anhaltendem Erheben des Armes schwanden diese Kontraktionen.

Allgemeine Schlüsse.

1) Am Vorderbeine des Hundes kann die Nervenversorgung der Flexoren mit derjenigen der Extensoren gekreuzt werden, mit dem Resultate, dass trotz veränderter Innervation das Thier die Kraft wie vorher wiedererlangt, willkürlich geordnete Bewegungen des Beines zu machen.

2) Die Zeit zur Wiederherstellung der Funktion des Beines ist bei Kreuzung die gleiche, wie bei einfacher Durchtrennung und sofortiger Naht.

3) Das Resultat der Kreuzung von Nerven, welche antagonistische Muskelgruppen versorgen, ist, dass die Nervencentren, welche früher die eine innervirten, jetzt für die andere Gruppe dienen, und dieser Wechsel dehnt sich bis zu den Gehirnrindencentren aus, welche ihre Aufgabe wechseln, ihre Erregbarkeit behalten.

4) Die Gehirnrindencentren sind trotz Wechsels ihrer Aufgabe fähig, dem Willen folgend Impulse zu ertheilen, welche in den neuen peripheren Gebieten vollständig geordnete Bewegungen auslösen.

5) Es kann also der Nervus facialis vom Facialiscentrum getrennt, dem Accessoriuscentrum angereiht und die Gesichtsmuskeln somit vom Accessoriuscentrum innervirt werden mit dem Erfolge, dass

geordnete Bewegungen im Gesichte, sowohl willkürlich wie reflektorisch, wenigstens zum Theil wiederhergestellt werden.

6) Im Falle der Wiedervereinigung eines durchtrennten Nerven ist es nicht nothwendig anzunehmen, dass Regeneration die alten Bahnen für die Nervenimpulse wiederherstellt, da, wenn durch unvollständige Koaptation durchtrennter Nervenendigungen neue Wege gebildet werden mit dem Resultate des Wechsels der Verbindung zwischen centralen Nervenzellen und peripheren Endigungen, der Organismus die Fähigkeit hat, diesen Wechsel auszugleichen.

7) Im Falle der Lähmung eines Muskels oder einer Muskelgruppe ist es, wenn der den kranken Muskel versorgende Nerv einem benachbarten Nerv, welcher gesunde Muskelgruppen versorgt, eingefügt wird, wahrscheinlich, dass der kranke Muskel, wenn er nicht bereits degenerirt ist, seine normalen Funktionen wiedererlangen kann.

Heddaeus (Trier).

---

2) **v. Torday.** Einige praktisch wichtige Missbildungen.

(Wiener Klinik. Bd. XXVII. Heft 1.)

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1901. 34 S. Mit 20 Abbildungen.

Verf. referirt über die den Chirurgen am meisten interessirenden Missbildungen, die neueren Anschauungen hauptsächlich in ätiologischer Hinsicht berücksichtigend. Eine Vermehrung der Kasuistik oder ein genaueres Eingehen auf einzelne Fragen lag nicht in der Absicht des Verf., dem es vielmehr nur um eine lehrbuchartige Zusammenstellung zu thun war.

J. Riedinger (Würzburg).

---

3) **P. Perrolini.** Sugli innesti cutanei.

(Sperimentale 1900. No. 5.)

Nachprüfung der bekannten Experimente von Wentscher, Enderlen u. A. über Transplantation länger vom Organismus abgetrennt gewesener Hautstücke. Verwendet wurden Krause'sche Läppchen. Es gelang, dieselben, in physiologischer Kochsalzlösung aufbewahrt, noch nach 6 Tagen zur Anheilung zu bringen. Auch nach 10 Tagen zeigten sich einzelne Zellen des Läppchens lebensfähig und bildeten Mitosen. Bei trockener Aufbewahrung wird die Vitalität stärker gestört. Aufbewahrung bei 0° scheint sehr nützlich zu sein. Zur Anheilung ist gute Blutversorgung des Mutterbodens nothwendig, am besten eine Granulationsfläche.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

4) **Mendel.** Epilepsie und Trauma.

(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1901. No. 2.)

Verf. betont, dass bei Erwachsenen nur ganz ausnahmsweise genuine Epilepsie als Folge eines Traumas, speciell eines Kopftraumas auftritt.

Bei Kindern kommt für die Entstehung der genuinen Epilepsie besonders das psychische Trauma in Betracht. Verf. warnt vor operativen Eingriffen bei Epilepsie, falls nicht die Untersuchung sicher örtliche Anhaltspunkte für die Möglichkeit giebt, dass eine organisch bedingte Epilepsie vorliegt. **Motz** (Hannover).

---

5) **Ceccherelli.** Considerazioni sulla cura della tubercolosi vertebrale.

(Gazz. med. di Torino 1901. No. 1.)

C. bekennt sich als Anhänger der konservativen Richtung bei Behandlung des Pott'schen Buckels. Er verwirft Calot's Operation als irrationell und als gefährlich in Hinblick auf die Bedeutung von Traumen in der Entstehung der lokalen Tuberkulose und auf den Fall einer 28jährigen Frau, bei welcher sich an die einfache Suspension und Anlegung eines Gipskorsetts eine floride tödliche Phthise anschloss. Er glaubt an den Zusammenhang beider Vorgänge. Lähmungen werden durch Druck auf die Wurzeln, nicht auf das Mark selbst hervorgerufen. C. verwirft daher die Operationen, welche den Knochen, die stützende Wirbelsäule, angreifen. Wo die Laminektomie von günstigem Erfolge war, lag dies an der Entfernung fungöser Granulationen, welche auf die Wurzeln drückten.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

6) **V. E. Mertens.** Zur Frage der knöchernen Deckung von Schädeldefekten.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 518.)

Die Arbeit fasst die Ergebnisse aus Verf.'s unter v. Eiselsberg in Königsberg verfasster Doktordissertation zusammen. Er machte bei Kaninchen Deckungen von Schädeldefekten mit verschiedenem Materiale, entkalktem, geglühtem und gekochtem Knochen, und untersuchte die gewonnenen Präparate makro- und mikroskopisch. Nach seinen Befunden stellt der gekochte Knochen das beste Deckmaterial dar. Es können sowohl vom Pat. stammende Fraktursplitter als auch von beliebigen Leichen genommene und zurechtmodellirte Ersatzstücke verwendet werden. Die gekochte Knochenplatte soll möglichst fest eingefügt werden, der Kontakt an den Stellen des Defektrandes möglichst eng sein, dass thunlichst reichliche Blutzufuhr gesichert ist. Daneben werden 1—2 bohnengroße Ausschnitte empfohlen, damit keine Blutansammlung hinter der Platte stattfinden kann. Vielleicht sind auch bei den Röhrenknochen analoge Ersatzbildungen ausführbar. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

7) **E. Gaglio.** Sugli effetti che spiegano sull' occhio il taglio e la eccitazione del nervo trigemino.

(Lavoro estratto della Riforma medica, No. 154—156, anno XVI. Palermo 1900.)

Behufs Prüfung des Einflusses, welchen die Verletzung des Trigeminus auf das Auge ausübt, führte G. eine Reihe von Thierversuchen aus. In der ersten Reihe (fünf Experimente) brachte er einen Tampon an das Ganglion Gasseri, um nach Art einer Geschwulstbildung einen Reiz auf den Nerven auszuüben. In einer zweiten Reihe durchschnitt er den Quintus hinter dem Ganglion oder an ihm selbst. Das beiden Versuchsreihen gemeinsame Phänomen war eine Störung in der Blutcirkulation des Auges, die sich bei Reizung des Nerven in einer Erweiterung, bei Durchschneidung desselben in einer Verengerung mit sekundärer, selten schon primärer Dilatation der Gefäße kundgab. Als eine Folge dieser Cirkulationsstörung vor Allem fasst G. die Geschwürsbildungen an der Cornea auf, indem erstere gerade hier die Ernährung der Zellen leicht gefährden und einer sekundären Infektion Vorschub leisten könne. Dazu kommen noch Ekchymosen und Hämorrhagien. Als weitere Symptome beobachtete G. nach Durchschneidung des Nerven Anästhesie, Miosis, Sinken des intraokularen Druckes und ein Aufhören der Thränensekretion; nach Reizung des Nerven hingegen ein Anwachsen des intraokularen Druckes mit Exophthalmus und Hypersekretion der Thränendrüse.

A. Most (Breslau).

---

8) **H. Cordes.** Über die Hyperplasie, die polypöse Degeneration der mittleren Muschel, die Nasenpolypen und ihre Beziehungen zum knöchernen Theile des Siebbeines.

(Archiv für Laryngol. u. Rhinol. Bd. XI. p. 280.)

Verf. giebt nach einer kurzen Einleitung zunächst einen historischen Rückblick, indem er die bisher vorliegenden kombinirten Untersuchungen über Klinik und pathologische Anatomie der in Rede stehenden Erkrankung in recht anschaulicher Weise zusammenstellt. Darauf folgen die eigenen klinischen und anatomischen Untersuchungen des Verf.'s, die uns zunächst die 27 Krankengeschichten und recht exakten mikroskopischen Protokolle (mittlere Muschel und Siebbein) geben. Nach diesen werden dann die folgenden Formen unterschieden: 1) die oberflächliche Entzündung der mittleren Muschel. Bei ihr findet sich vornehmlich eine Verdickung der Basalmembran, eine starke Rundzelleninfiltration der Schleimhaut und Alteration der Drüsen. Ist die Schleimhaut polypös degenerirt, so kommt es zu einer serösen Durchtränkung des submukösen Bindegewebes, ein Stadium, das nur graduell verschieden ist von dem der richtigen Polypenbildung. Am Knochen überwiegen bei dieser oberflächlichen Entzündung der mittleren Muschel die Oppositionsvorgänge über die Resorptionsvorgänge, woraus dann eine Dickenzunahme des Knochens resultirt. 2) Die tiefgreifende Entzündung

der mittleren Muschel resp. des Siebbeines, mit 2 Unterabtheilungen: a. ohne, b. mit aktiver Betheiligung des Knochens; bei a. sind ganz ähnliche Verhältnisse vorhanden wie bei 1), nur dringen die Rundzellen ins Periost und in die Markräume ein; bei b. finden sich Processe am Periost und Knochen, die C. als osteoplastische Periostitis und Ostitis auffassen zu müssen glaubt. Rareficirende Ostitis konnte nie nachgewiesen werden. — Die beschriebene Periost- und Knochenerkrankung hält C. für die Ursache multipler und recidivirender Polypenbildung, da er sie in allen 11 untersuchten derartigen Fällen gefunden hat. — 13 vorzügliche Abbildungen illustriren die anatomischen Untersuchungen.

Manasse (Straßburg i/E.).

---

9) **E. Wertheim.** Beiträge zur Pathologie und Klinik der Erkrankungen der Nasennebenhöhlen.

(Archiv für Laryngol. u. Rhinol. Bd. XI. p. 169.)

W. hat an 400 Leichen eine anatomische Untersuchung der Nase und ihrer Nebenhöhlen angestellt. 40 Fälle, die Kinder in den ersten Lebensjahren betreffen, scheiden aus. Unter den übrig bleibenden 360 Fällen zeigten 165 mehr oder weniger wesentliche Veränderungen. In 95 Fällen fand sich Empyem der Nebenhöhlen, und zwar in 159 Nebenhöhlen. Rein schleimige Sekretansammlungen wurden 31mal gefunden. Es folgen dann sehr genau die einzelnen Ergebnisse der Untersuchungen, so Lebensalter, Betheiligung der verschiedenen Höhlen, Vorhandensein anderer Erkrankungen, wobei die Infektionskrankheiten eine besondere Rolle spielen, Kombination mit Polypen, Schleimhauthypertrophien etc., Einzelheiten, auf die hier im Rahmen eines Referates nicht näher eingegangen werden kann. — Hieran reihen sich Untersuchungen über intrakranielle Komplikationen von eitrigen Nebenhöhlenentzündungen mit Berichten von diesbezüglichen Krankengeschichten und Sektionsprotokollen. Endlich werden noch gründliche klinische Erörterungen über die genannten Affektionen hinzugefügt mit besonderer Berücksichtigung der verschiedenen Operationsmethoden. — Das Ganze ist eine ungemein sorgfältige und fleißige Arbeit, die bezüglich ihrer Einzelheiten jedem Specialarbeiter auf diesem Gebiete empfohlen sein mag.

Manasse (Straßburg i/E.).

---

10) **M. Rivière.** Rapports entre les adénoïdes et l'insuffisance thyroïdienne.

(Indép. méd. 1901. No. 4.)

Verf. macht auf die Häufigkeit des gleichzeitigen Auftretens von adenoiden Wucherungen und Myxödem aufmerksam und erzielte in solchen Fällen durch Fortnahme der Wucherungen und gleichzeitige specifische Behandlung des Thyreoidea-Ausfalles gute Erfolge, auch hinsichtlich der oft zugleich bestehenden Taubstummheit.

Mohr (Bielefeld).



11) **Strauss** (Berlin). Über die Bedeutung der Lumbalpunktion für die Diagnose und Therapie der Hämatorhachis traumatica.

(Charité-Annalen XXV. Jahrgang.)
Berlin, **Aug. Hirschwald,** 1900. 170 S.

Es wird die Anwendung der Lumbalpunktion für solche Fälle empfohlen, »in denen nach Rücken- und Schädelverletzungen klinische Bilder zu beobachten sind, bei welchen intradurale Blutungen differentialdiagnostisch in Erwägung zu ziehen sind«. Im Besonderen soll die Lumbalpunktion auch für die Abgrenzung der einfachen Commotio cerebri so wie des unkomplicirten Delirium tremens oder gewöhnlicher Trunkenheit von Schädelverletzung in Frage kommen. Doch müsse man hierbei freilich den möglicherweise durch die Punktion angerichteten Schaden in Betracht ziehen, den man zuweilen nach ihr hervortreten sah, bis zu tödlichem Ausgange. S. will sie daher nur bei Personen anwenden, welche, abgesehen von den Folgen der Verletzung, völlig gesund sind, namentlich niemals, wenn etwa Arteriosklerose vorhanden ist. Nach der in der vorliegenden Mittheilung beschriebenen Beobachtung scheint es sogar, als wenn vorsichtig ausgeführter Lumbalpunktion ein unmittelbarer therapeutischer Nutzen zuzuschreiben ist. Es trat sogleich eine deutliche Änderung des klinischen Bildes danach ein, und es könnte diese Änderung wohl auf eine Beschleunigung in der Aufsaugung des Ergusses deuten. Somit kommt S. zu dem Schlusse, »dass die unter vorsichtiger Indikationsstellung und mit allen Kautelen ausgeführte Lumbalpunktion bei Fällen, in welchen Verdacht auf traumatische Hämatorhachis vorliegt, doch mehr Benutzung verdient, als sie für diesen Zweck gemeinhin bisher erfahren hat«.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

12) **S. Kreiss.** Experimentelle Beiträge zur Lehre von den Wirbelluxationen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 523.)

Verf. hat seine Doktordissertation über von ihm im Laboratorium der Königsberger chirurgischen Klinik angestellte Versuche über Wirbelverrenkungen verfasst und giebt in vorliegendem Aufsatze eine kurz zusammenstellende Übersicht über die von ihm erzielten Experimentergebnisse. 36 Versuche wurden an Leichen angestellt, und zwar nach Entfernung der Hals- und Rückenmuskulatur. Bei starker Vorwärtsbeugung oder auch Seitwärtsdrehung des Kopfes wurde von oben und hinten her ein starker Hieb auf die Wirbelsäule applicirt. Es gelang, den 1. und 2. Halswirbel zusammen, den 3., 5., 6. und 7. isolirt zu verrenken. Der 1. Brustwirbel war leicht zu dislociren. Je weiter nach unten, um so schwieriger ließ sich das Ziel erreichen, vom 5. Brustwirbel an abwärts gelang es nicht mehr. Die vollkommenen (doppelseitigen) Verrenkungen sind Beugungs-, die unvoll-

kommenen (einseitigen) sind Rotationsluxationen. Bei den ersteren sind die Schädigungen der Knochen und Bänder ausgedehnter. Verletzungen des Rückenmarkes bezw. seiner Hüllen kamen nur bei gleichzeitigem Wirbelbruche zu Stande. Weniger interessant sind die Thierversuche. Auf unblutigem Wege gelang es, bei 7 Kaninchenversuchen mittels Hieb in die Nackengegend 2mal eine Beugungs- und 2mal eine Rotationsluxation zu erzeugen. Eine Drehungsluxation kam bei 16 Experimenten an verschiedenen Thieren nur 1mal zu Stande. (Luxation des 5. Halswirbels durch Kopflinksdrehung um 180°.) Nach Abpräparirung der Rückenmuskeln konnte dagegen durch Drehung des 6. und 7. Halswirbeldornes nach entgegengesetzter Richtung wiederholt eine Verrenkung herbeigeführt werden.

Dem Berichte über die Experimente folgt eine sehr kurze Mittheilung von 3 in der Königsberger Klinik beobachteten Halswirbelverrenkungen. Das Röntgenbild erwies sich hier für die Diagnose sehr werthvoll. Die Reposition gelang in allen Fällen nicht ordentlich, doch war Hals- und Kopfbeweglichkeit schließlich befriedigend; medulläre Erscheinungen fehlten. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

13) J. Moure. De l'épiglectomie par la voie externe.

(Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie 1900. No. 40.)

Verf. bespricht zunächst die bei Exstirpation der Epiglottis überhaupt in Betracht kommenden Operationsmethoden. Während bei Tuberkulose oder ganz beschränkten Läsionen des Epiglottisrandes die endolaryngeale Methode in den Vordergrund tritt, ist bei bösartigen Geschwülsten der Weg von außen vorzuziehen; und zwar kommen dabei zwei Verfahren in Betracht: das eine mit transversaler, das andere mit vertikaler Schnittführung. Bei dem ersteren werden zahlreiche Muskeln und Gefäße durchtrennt, und es wird eine Wunde gesetzt, welche bei Bewegungen des Kopfes nach hinten leicht klafft, Nachtheile, die dem Verfahren mit vertikaler Schnittführung, bei dem nur das Zungenbein durchtrennt wird, nicht anhaften; aus diesen Gründen bevorzugt Verf. das zweite Verfahren. Er wandte dasselbe bei einem 55jährigen Manne mit Epitheliom des Zungengrundes und der Epiglottis an. Die Operation, der die Tracheotomie vorausgeschickt wurde, wird genau beschrieben. Nach Entfernung der krankhaften Partien verschorfte Verf. die Insertionsstelle mit dem Galvanokauter und schloss die Wunde durch Anlegung von Muskel- und Hautnähten. Nach 7 Tagen, als die anfängliche Anschwellung der aryepiglottischen Falten und des Zungengrundes verschwunden, ließ er die Kanüle fort. Glatte Heilung unter Bildung einer fibrösen Narbe, die den Kehlkopf etwas nach vorn zieht. Mit demselben Erfolge wandte Verf. dieses Verfahren mit vertikaler Schnittführung an bei einem chronischen Abscess der Zungenbasis und einer an der Seite der Epiglottis gelegenen Geschwulst.

F. Alexander (Straßburg).

Kleinere Mittheilungen.

14) Dubreuilh et Venot. Tumeur d'aspect sarcomateux causée par des corps étrangers multiples.

(Ann. de dermat. et de syph. 1900. No. 10.)

Ein 10jähriges Kind verletzte sich beim Spielen derartig, dass ein linsengroßes Stück einer Austernschale unter die Haut der Rückseite der ersten Phalanx des rechten Zeigefingers eindrang. Das Stück wurde nach 2 Monaten ausgestoßen. An dieser Stelle entwickelte sich in etwa 9 Monaten eine mandelgroße Geschwulst, die excidirt wurde und histologisch folgendes Bild darbot: sie bestand aus jungem Bindegewebe, das in viele verschieden große Fächer getheilt war. In diesen Fächern waren eingeschlossen entweder kleine Abscesse oder zellreiches Gewebe mit und ohne Riesenzellen. Innerhalb der Abscesse und der Riesenzellen fanden sich Reste des Stückes von der Austernschale. Mikroorganismen waren mikroskopisch nicht nachweisbar. Die Verff. erinnern an einen ähnlichen, von Spitzer beobachteten Fall (s. Wiener klin. Wochenschrift 1897, No. 26).

V. Klingmüller (Breslau).

15) D. R. v. Mašek. Ein Fall von Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum.

(Liečnički viestnik 1901. No. 1. [Kroatisch.])

Verf. berichtet über einen Fall dieser seltenen Affektion.

Beim 56jährigen Pat. begann das Leiden an der linken Hand mit Röthung und Steifigkeit der Finger. Vor 6 Monaten begann der linke Fuß sich zu röthen, und es bildeten sich an der Fußsohle haselnussgroße Knoten, welche Pat. mit Scheidewasser abbrannte und mit Zwirn abband. Inzwischen bildeten sich neue Knoten am Fußrücken. Seit einigen Monaten bilden sich Knoten auch an beiden Handtellern. Pat. hat oft starkes Jucken.

Die angeführten Abschnitte der Extremitäten zeigen die typischen Veränderungen: livide Röthung und Härte der Haut, welche sich nicht in Falten abheben lässt. Der Übergang der kranken Gegend in die gesunde ist plötzlich, scharf abgegrenzt. Die in der Haut liegenden Knoten sind hirsekorn- bis haselnussgroß Die kleinen sind ganz in der Haut versteckt, die größeren ragen hervor. Die Farbe der Geschwülste ist dunkelblau bis rothviolett, die Konsistenz einiger weich, anderer hart, nie fibrös. Pat. hat auch ein hirsekorngroßes ovales röthliches Infiltrat am rechten Stimmbande.

Mikroskopische Untersuchung (Dr. K. Tausk). Die Knoten liegen im Corium, welches in ihrer Nähe fibrös ist, seine Zellen enthalten viel granulirtes Pigment von grauer Farbe. Nach oben reicht der Knoten bis zur verschmälerten Malpighischen Schicht, welche hier in einer geraden Linie endigt, da keine Papillen vorhanden sind. Der Knoten selbst besteht aus größeren und kleineren theils länglichen, theils runden Bindegewebszellen und hat an verschiedenen Orten verschieden viel intercelluläre Substanz. Die Knoten enthalten viel Blut, das sich theils in Form von Hämorrhagien im Gewebe, theils in präformirten Höhlen befindet, welche meist nur durch eine Schicht von Endothelzellen vom Gewebe des Tumors abgetheilt sind. Die Grenze der Knoten ist nicht scharf, es finden sich in ihrer Nähe kleinere Gruppen sarkomatöser Zellen. Die übrige Haut ist normal.

Pat. blieb 2 Monate in Behandlung, bekam Natr. arsen. subkutan in steigender Dosis. Beim Abgange wurde Verkleinerung der Knoten beobachtet, während sich hingegen das Infiltrat im Larynx vergrößerte.

Verf. erörtert die Differentialdiagnose gegenüber Lupus, Gumma, Lepra (mikroskopische Untersuchung auf Bacillen negativ), Leukämie, Pseudoleukämie und Mycosis fungoides.

v. Čačković (Agram).

16) **Bodin.** Pseudoxanthome élastique.

(Ann. de dermat. et syph. 1900. No. 10.)

B. theilt einen Fall von Pseudoxanthoma elasticum mit, der den beiden bisher veröffentlichten Fällen (Balzer, Chauffard) analog ist. Ein 50jähriger, mit Lungenphthise behafteter Pat. bemerkte seit 30 Jahren stecknadelkopf- bis linsengroße Knötchen in der Haut (besonders Bauch, Schlüsselbeingegend, Achselhöhle, oberer Theil der Extremitäten). Sie waren leicht gelblich gefärbt, die Hervorwölbung weniger sicht- als fühlbar, die Konsistenz fest. Mikroskopisch stellten sie ovaläre Herde mit lobulärem Bau dar und bestanden aus einer gekörnten Masse, an deren Peripherie sich zahlreiche vielkernige Riesenzellen befanden. Die gekörnten Massen hält Verf. für verändertes elastisches Gewebe, weil sie alle dafür charakteristischen Reaktionen gaben. Außerdem bestand eine Perivaskulitis an den Gefäßen, die im Tumor und in seiner Nachbarschaft verliefen.

V. Klingmüller (Breslau).

17) **E. Smith.** Lupus vulgaris of fifteen years standing succesfully treated and cured by exposure to X-ray.

(Buffalo med. journ. 1901. Januar.)

Es handelte sich um einen 80jährigen Mann mit ulcerösem Lupus der Nase und des inneren Drittels der rechten Augenlider. Beginn der Erkrankung vor 15 Jahren, angeblich im Anschlusse an eine kleine Wunde des Nasenrückens. Behandlung mit Röntgenstrahlen (Bleimaske) jeden 5. Tag 20 Minuten lang, Röhre in 5 cm Entfernung von der erkrankten Stelle. Außer leichten Kopfschmerzen und Gefühl von Ameisenkriechen traten keine Nebenerscheinungen auf. Nach der 2. Sitzung wurden gesunde Granulationen sichtbar, nach der 12. war feste Vernarbung (mit leichten Ektropium der Augenlider) eingetreten, welche bisher 4 Monate angehalten hat (2 Abbildungen).

J. C. Clark theilt im Anschlusse hieran einen eben so behandelten, seit 5 Jahren bestehenden Fall von ausgedehntem Lupus des Ohres und Nackens mit. Nach ca. 8wöchentlicher Behandlung war die Heilung fast vollkommen.

Mohr (Bielefeld).

18) **E. Stack.** A case of diffuse leontiasis ossea.

(Bristol med. journ. 1900. December.)

Die betreffende 21jährige Pat. war im 3. Lebensjahre auf die Stirn gefallen. Einige Zeit später begann eine allmählich immer mehr zunehmende Vergrößerung des Schädels, welche anfänglich für Hydrocephalus gehalten wurde. Gleichzeitig begann der Unterkiefer sich zu deformiren. Psychische Veränderungen waren niemals vorhanden, konstitutionelle und hereditäre Einflüsse nicht nachweisbar. Eine akut auftretende Dyspnoe machte die Tracheotomie nothwendig, welche ohne Wirkung blieb; plötzlicher Tod.

Sektionsbefund: Die Knochen des Hirnschädels gleichmäßig und enorm vergrößert, Stirn- und Hinterhauptsbein stark ausgebuchtet, durchschnittliche Dicke des Hirnschädels ca. 7 cm, der Knochendurchschnitt weicher als normal, neben kompakten Partien stellenweise stark poröse, höhlenartige. Gewicht des halben Schädels ohne Unterkiefer 7 Pfund (engl.), das des Unterkiefers 1 Pfund. Gehirn normal. Am Unterkiefer sind nur einige Milchzähne vorhanden, der horizontale Ast verlängert und verdickt, der obere Theil des aufsteigenden Astes normal, die Spongiosa auch hier sehr porös, das Mark von schleimiger Beschaffenheit. An den übrigen Knochen: Skoliose (statische) der Wirbelsäule, Becken sehr weich und leicht, stark skoliotisch deformirt, statische Verkrümmung beider Ober- und Unterschenkel, Plattfüße. Der Nasen-Rachenraum wird von einer festen, weißlichen, mit dem harten und weichen Gaumen verwachsenen Neubildung ausgefüllt, ein Knoten von ähnlicher Beschaffenheit in der Schilddrüse (mikroskopisch zahlreiche myeloide Zellen). Die fettig infiltrirte und cirrhotische Leber enthält mehrere ähnliche Knoten, das Bild ähnelt dem der Lues congenita.

Es handelt sich demnach entweder um eine luetische Knochenerkrankung oder um multiple Myelome (1 Tafel mit Abbildungen). **Mohr** (Bielefeld).

19) P. Linser. Über Cirkulationsstörungen im Gehirn nach Unterbindung der Vena jugularis interna.

(Beitr. z. klin. Chir. Bd. XXVIII. Hft. 3. p. 642.)

In dem vom Verf. mitgetheilten Falle der v. Bruns'schen Klinik war bei einer 48jährigen Frau im Verlaufe der Operation eines entzündlich verwachsenen Kropfes die V. jugularis unterbunden worden. Nach der Operation stellte sich eine ausgesprochene Apathie, verbunden mit Beschleunigung des Pulses und der Athmung so wie starker Cyanose ein. Am folgenden Tage Tod. Die Sektion ergab als Todesursache Gehirnödem und als Erklärung für dieses den eigenthümlichen Befund, dass die Lichtung der V. jugularis und eben so der Durchmesser der Fossa jugularis auf der linken Seite um ein Mehrfaches geringer war als auf der Seite der Operation. Analoge Beobachtungen nach Jugularisunterbindung sind bisher erst 2mal (von Rohrbach aus der v. Bruns'schen Klinik, dann von Kummer) gemacht worden.

Wie ausgedehnte anatomische Untersuchungen des Verf. zeigen, ist es indessen keineswegs selten, dass das eine, und zwar meistens das linke Foramen jugulare eine so bedeutende Verengerung aufweist, dass die Unterbindung der anderseitigen Vene die Cirkulation im Gehirn gefährdet. Es wird daher mit Recht darauf hingewiesen, dass die Jugularisunterbindung keinen so gefahrlosen Eingriff darstellt, als im Allgemeinen angenommen wird. **Honsell** (Tübingen).

20) Hovis. Hernie cérébelleuse, suite d'intervention sur le sinus latéral.

(Ann. de la Soc. belg. de chir. 1900. Juli).

H. stellte ein 14 Jahre altes Mädchen vor, welchem er 1 Jahr vorher den Proc. mastoideus geöffnet und das Innere ausgelöffelt hatte. Dabei musste er bis in den thrombosirten Sinus lateralis vordringen. Als er 1 Jahr später wieder öffnete, weil die Fistel nicht heilen wollte, fand er einen Hirnbruch von der Größe einer kleinen Nuss vor, worauf er die Haut wieder schloss.

C. Fischer (Straßburg i E).

21) E. Lexer. Angeborene mediane Spaltung der Nase.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 2).

Ein Referat kann kaum eine genügende Vorstellung der interessanten Missbildung geben, die bei dem Ansehen der beigegebenen Photographien und der Lektüre der ausführlichen Schilderung leicht verständlich ist. Das Auffallendste der vielgestaltigen Missbildung ist die mediane Spaltung der Nase. Neben ihr aber bestehen noch Abnormitäten an Mund, Augen, Haar etc. Nach den Abbildungen zu schließen, ist es L. durch operatives Vorgehen gelungen, dem unglücklichen Menschen ein gefälligeres Aussehen zu verleihen, vor Allem seine Nase und seinen Mund dem normalen Verhältnisse entsprechender zu gestalten. Entwicklungsgeschichtliche Erörterungen, besonders über den Zusammenhang der Verunstaltung mit Strängen des Amnion, vervollständigen die Beschreibung des Falles. L. konnte in der Litteratur keinen zweiten Fall finden, der eine solche Kombination der medianen Spaltnase mit Resten verschiedener fötaler Gesichtsspalten darstellt.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 10. **Sonnabend, den 9. März.** **1901.**

I.

(Aus der orthopädischen Anstalt von Dr. Peter Bade in Hannover.)

Zur Behandlung schwerer Skoliosen.

Von

Dr. Peter Bade.

Die Arbeiten der letzten Jahre haben wohl so viel Klärung unter den Fachkollegen geschaffen, dass alle nur in der richtigen Kombination von Gymnastik, Massage und Korsett eine einigermaßen günstige Beeinflussung auf die Skoliose sehen. Einig ist man sich nur nicht über die Art des Korsetts. Am meisten Anklang bei den Fachkollegen hat in letzter Zeit wieder das alte Sayre'sche Gipskorsett gefunden. Man legt es jetzt nach dem Vorgehen Calot's bei mehr oder weniger starker Extension der Wirbelsäule an und lässt es eine gewisse Zeit, etwa bis zu 3 Monaten, dauernd liegen. Am energischsten ist wohl Schanz mit der Redression vorgegangen. Den Grad der Korrektur, den er in seinem Gipsverbande einstellt, nennt

10

er sein definitives Resultat, das er nach Abnahme des Gipsverbandes durch zweckmäßige Nachbehandlung: Gymnastik, Korsett und Gipsbett zu erhalten sucht.

Ich habe nun versucht, das bei der Redression erreichte und im Gipsverbande fixirte Resultat nicht als Dauerresultat anzusehen, sondern es noch fortwährend unter dem starren Gipsverbande zu verbessern. Meine Idee hat sich in der Praxis bewährt, und ich glaube daher, sie den Kollegen zur Nachprüfung und Nachahmung kurz unterbreiten zu dürfen.

Ich lege meinen Dauer-Gipsverband nur nach möglichst ausgiebiger Mobilisation der Wirbelsäule an. Da eine Extension der Wirbelsäule dauernd nur möglich ist, wenn letztere zwischen Becken und Kopf fest eingespannt ist, so müssen diese beiden »festen Punkte« in den Verband mit eingeschlossen werden. Da ferner der Pat. im Gipsverbande wächst, so muss, wenn die Wirbelsäule während der Fixationszeit nicht zusammensinken soll, eine allmähliche Weiterextension Hand in Hand mit dem Wachsthum gehen. Diese erreiche ich dadurch, dass ich die von Schede bei Spondylitis angewandte Extensionsvorrichtung auch bei der Skoliose gebrauche.

Da ferner die Kinder gewöhnlich im Gipsverbande abmagern, so kann der Rippenbuckel in dem entstehenden Hohlraume größer, auf keinen Fall jedoch noch reduzirt werden. Um aber ein Kleinerwerden des Rippenbuckels im Gipsverbande zu erzielen, lasse ich während der ganzen Dauer des Gipsverbandes einen steten Druck auf den Buckel mittels einer verschiebbaren Pelotte wirken. Ich gehe also noch einen Schritt weiter als Wullstein, der Pelotten mit eingipst, die ein unveränderlicher Bestandtheil des Gipsverbandes bleiben, während meine Pelotten sich durch den starren Gipsverband hindurch dem Buckel immer energischer aufschrauben lassen und dadurch eine stetige Redression des Buckels im Gipsverbande ermöglichen.

Diese Pelotten, die in der mechanischen Werkstatt meiner Anstalt angefertigt und patentamtlich geschützt sind, bestehen aus zwei Theilen. Die eine Platte liegt dem Buckel, die zweite Platte liegt der Innenseite des Gipsverbandes fest an. Beide Platten sind verbunden durch eine Schraube, deren äußeres Ende aus dem Gipsverbande herausragt. Dreht man mit einem Schlüssel die gut eingefettete Schraube an, so schneidet sie sich in dem Gipse ein passendes Gewinde, in dem man sie weiterschrauben kann. Durch fortgesetztes Zuschrauben wird die dem Gipsverbande anliegende Platte fest gegen den Gips gepresst und kann nicht ausweichen, während die dem Körper anliegende Platte durch das Schrauben gegen den Buckel bewegt wird.

Durch diese beiden Mittel:

1) Permanente, sich steigernde Extension der Wirbelsäule während des Gipsverbandes,

2) allmähliche stetige Redression des Buckels durch den Gipsverband hindurch,

glaube ich die Behandlung schwerer Skoliosen um einen weiteren Schritt gefördert zu haben.

II.

Eine neue Art der Nahtführung zur sicheren Wiedervereinigung der Recti bei medianen Bauchnarbenbrüchen.[1]

Von

Dr. **A. Hammesfahr** in Bonn.

Giebt die Narbe, die nach Laparotomien an die Stelle der Linea alba getreten ist, nach, so halten die Recti der Doppelwirkung der Bauchpresse nicht Stand und verändern in Folge dessen ihre Lage. Diese Doppelwirkung besteht und äußert sich erstens darin, dass der Bauchinhalt bei der Aktion der Bauchpresse gegen die Recti anprallt und — da die lateralen Rectusränder durch die Aponeurose der breiten Bauchmuskeln fixirt werden — die medialen Ränder nach vorn treibt, so dass sich also die Recti wie die Flügel einer Flügelthür nach vorn öffnen. Da nun ferner die Gesammtzugrichtung der seitlichen Bauchmuskeln auf der einen Seite von der Mittellinie nach rechts, auf der anderen Seite von der Mittellinie nach links geht, so zerren bei der Bauchpressenthätigkeit die Kontraktionen der seitlichen Bauchmuskeln die Mittellinie aus einander: mithin werden dabei auch die Recti, die ja in den Fascienblättern der seitlichen Bauchmuskeln liegen, aus einander gezogen. Um die Bruchpforte medianer Bauchnarbenbrüche sicher zu schließen, müssen also die Recti in der Mittellinie wieder so vereinigt werden, dass sie der Doppelwirkung des intraabdominellen Druckes Stand halten können. Dazu möchte ich das in der folgenden Krankengeschichte beschriebene Nahtverfahren empfehlen.

Frau H. wurde im Jahre 1894 wegen eines Ileus laparotomirt. Sehr bald nach dieser Operation entwickelte sich ein medianer Bauchnarbenbruch, der 8mal operirt wurde und immer wieder recidivirte. Als die Frau im September 1900 zu mir kam, war der Bruch fast mannskopfgroß. Er reichte links bis an die Leistenbeuge, rechts darüber hinaus. Der Rand der Bruchpforte lag oben 3 Querfinger breit unterhalb des Brustbeinfortsatzes, unten 2 Querfinger breit oberhalb der Symphyse, rechts und links handbreit neben der Mittellinie. Er war oben und unten als scharfer Fascienrand durchzufühlen, während die Bruchpforte rechts und links von den medialen Rändern der Recti begrenzt wurde. Ganz besonders deutlich zeigte sich, dass die Recti nicht nur nach beiden Seiten auseinander gewichen waren, sondern dass sie sich — wie die Flügel einer Flügelthür — so nach

[1] Aus einem Vortrage in der niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde, Sitzung am 21. Januar 1901.

vorn geöffnet hatten, resp. durch die Wirkung der Bauchpresse so geöffnet worden waren, dass die medialen Ränder nach vorn standen. (Fig. 1 soll diese Stellung der Recti andeuten.) Die Operation verlief — ich führe nur das Wesentliche an — folgendermaßen: Die Recti wurden in ihrer ganzen Länge und Breite ohne Beschädigung ihrer Scheide zuerst an ihrer Vorderseite, dann auch durch Abdrängung des parietalen Peritoneums an ihrer Innenfläche freigelegt. Das ließ sich ohne Eröffnung der Peritonealhöhle erreichen. Nun wurde eine halbstumpfe Nadel mit starkem Drahte am lateralen Rande des linken Rectus — noch im Bereiche der Aponeurose der breiten Bauchmuskulatur — eingestochen, hinter dem Rectus hergeführt und an der Grenze zwischen mittlerem und innerem Drittel ausgestochen, dann umgekehrt auf der anderen Seite an der Grenze zwischen innerem und mittlerem Drittel ein —, unter dem Rectus her- und am lateralen Rande wieder herausgeführt (siehe Fig. 1). Die jedes Mal unter den betreffenden Muskel geführte linke Hand gab der an der Rectusinnenfläche gleitenden Nadel die Führung. Eine Reihe derartiger Nähte wurde vom Schwertfortsatze bis zur Symphyse in Abständen von 3—4 cm angelegt. Zog man nun die Fäden zusammen, so erreichte man mit Leichtigkeit, dass sich die medialen Rectusränder nicht nur fest an einander legten,

Fig. 1.

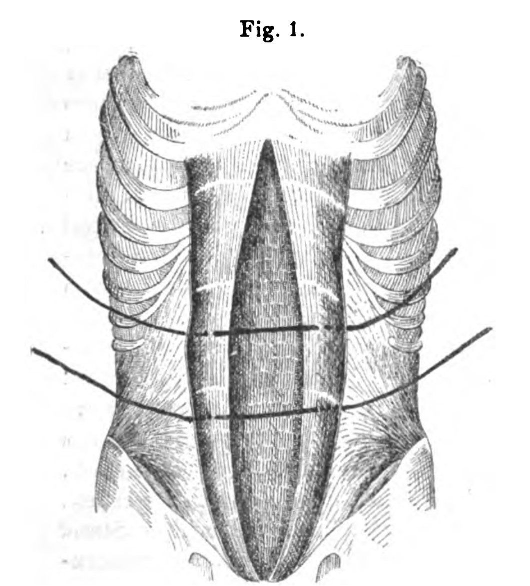
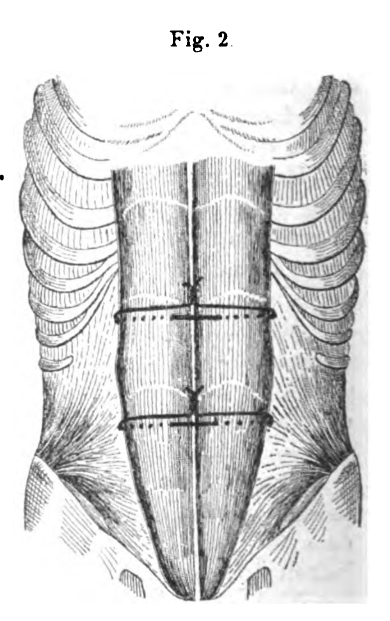


Fig. 2.



sondern sich sogar nach der Peritonealhöhle hin drehten, ähnlich wie sich die Darmwundränder bei der Lembert'schen Naht gegen das Darmlumen wenden. Die Recti wurden also durch die Nähte, die ich Drahtriegel nennen möchte, so festgehalten, dass sie sich weder nach vorn öffnen, noch seitlich aus einander weichen konnten, dass sie also der Doppelwirkung der Bauchpresse Stand zu halten vermochten (siehe Fig. 2). Nur ein Reißen der Riegel oder ein Einschneiden könnte ihre Wirksamkeit verringern; Beides ist aber bei der Stärke des Drahtes, von dem die laterale Rectuspartie mit der Scheide als Ganzes umfasst wird, ausgeschlossen. Die Entstehung einer Atrophie der geraden Bauchmuskeln braucht man auch nicht zu fürchten, da die Naht die Muskelsubstanz nirgendwo fest umschnürt. Die Beweglichkeit und Kontraktionsmöglichkeit der Recti ist bei der Elasticität der Riegel kaum beeinträchtigt. Übrigens genügen — wie ich mich beim Zuziehen der Fäden überzeugen konnte — einige wenige Riegel, um die beabsichtigte Wirkung zu erzielen, und man kann daher für die Nähte größere Abstände nehmen, als ich sie der Sicherheit halber wählte. — Den Gebrauch halb-

stumpfer Nadeln möchte ich besonders empfehlen, da Blutungen und Darmverletzungen, so wie eine Beschädigung der unter dem Rectus liegenden Hand des Operateurs sicher vermieden werden.

Die Heilung in meinem Falle verlief ohne irgend welche Störungen, die Riegel heilten glatt ein, und ich darf das Resultat wohl ausgezeichnet nennen.

Natürlich ist die Naht nicht nur bei Bauchnarbenbrüchen, sondern auch zur Heilung aller medianen Bauchbrüche mit stärkerer Rectusdiastase anwendbar. Die völlige Freilegung der Recti ohne Verletzung ihrer Scheide macht keine Schwierigkeiten; die Innenfläche der Recti ist natürlich am einfachsten durch Eröffnung des Peritoneums zugänglich zu machen, jedoch auch extraperitoneal leicht so weit freizulegen, dass man mit der linken Hand den Bauchinhalt beim Nähen abdrängen kann.

---

1) **W. Roth's** Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete des Militärsanitätswesens XXV. Jahrgang, Bericht für das Jahr 1899.

Berlin, **Mittler & Sohn,** 1900.

Wie bereits der vorjährige, so enthält auch dieser Jahresbericht zusammenhängend Besprechungen der medicinischen Litteratur des Jahres 1899 über den spanisch-amerikanischen, so wie über den südafrikanischen Krieg. Allmählich wird so ein vollständiges Bild gewonnen nicht nur über die kriegschirurgischen Erfahrungen hinsichtlich der Verwundungen durch kleinkalibrige Handfeuerwaffen, sondern auch über die hygienischen und medicinischen Kriegsverhältnisse. Auch sonst enthält der Bericht gar Mancherlei, was auch außerhalb der zunächst interessirten Kreise Berücksichtigung verdient.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

2) **R. Köhler.** Die modernen Kriegswaffen. Ihre Entwicklung und ihr gegenwärtiger Stand, ihre Wirkung auf das todte und lebende Ziel. Ein Lehrbuch der allgemeinen Kriegschirurgie. Theil II, enthaltend die Wirkung der kleinkalibrigen Gewehre auf den lebenden Menschen.

Berlin, 1900. XX und 739 S., 52 Figg.

Der hier vorliegende, weit umfangreichere Theil beendet das Werk über allgemeine Kriegschirurgie, dessen 1. Lieferung Ref. vor 3 Jahren ausführlich besprochen hat. Auch er beschäftigt sich zunächst noch mit auf Versuchsresultaten sich aufbauenden theoretischen Betrachtungen über die Veränderungen der Geschosse im Laufe, in der Luft und im Ziele und im 8. Kapitel mit den Wirkungen der Geschosse auf nicht animale Ziele. Um sich und dem Leser diese möglichst klar zu machen, denkt Verf. sich das Ziel ideell in eine große Menge hinter wie über einander gelegter dünnster Scheiben zerlegt und eine jede dieser wieder aus einer Anzahl

immer größerer Ringe zusammengesetzt, beide das eine Mal aus mehr elastischer, das andere Mal aus mehr weicher oder harter oder spröder Masse gebildet, und studirt nun, wie auf solches Ziel ein Geschoss von wechselndem Umfange, wechselnder Gestalt, Härte, Geschwindigkeit, Schwere einwirkt, was dabei aus den direkt getroffenen, was aus den ihnen mehr oder weniger nahe anliegenden Theilen des Zieles wird. Nach Verf. wirkt das Geschoss als Keil, ruft im Ziele Zusammenhangstrennungen hervor, zum Theil durch Auseinanderzerren, zum Theil durch stoßweise, eine Wellenbewegung in den festen Theilen erzeugende Kompression der Moleküle. Die Wellen, in gleicher Intensität Ziel und Geschoss durchlaufend, rufen in jenem wie in diesem charakteristische Veränderungen hervor, auf deren Studium im Einzelnen nun Verf. viel Scharfsinn verwendet. Stets will der bewegte Keil den Theilen der ruhenden Masse, die er trifft, dieselbe Geschwindigkeit mittheilen, welche seine eigenen Theilchen besitzen. Gelingt ihm dies nicht, so tritt Zerstörung des Zieles bezw. auch des Keiles — des Geschosses — ein. Die Ursache, wesshalb im Einzelfalle die Geschwindigkeit des Geschosses nicht auf das Ziel übertragen wird, kann in der örtlichen Unmöglichkeit des Ausweichens liegen — Raumbeengung — oder darin, dass den getroffenen kleinsten Theilen das zu ihrer Verschiebung an einander erforderliche Mindestmaß an Zeit nicht gegeben wird — Zeitbeengung. Letzteres Moment tritt um so deutlicher in die Erscheinung, je schneller die molekularen Geschossstöße sich folgen, d. h. je schneller der Geschossflug ist. Ist das getroffene Ziel eine Flüssigkeit — deren Widerstand auch, wie der jedes Zieles, mit der Geschwindigkeit der auf sie eindringenden Energie wächst — und kann wegen des Verharrungsvermögens des Wassers die Geschossgeschwindigkeit nicht unmittelbar auf die direkt getroffenen Wassertheilchen übertragen werden, so pflanzt sich in ihr der Stoß allseitig, am stärksten aber in der Richtung des Geschossfluges, fort; wir haben die sogenannte hydrodynamische Wirkung (früher als hydraulische Wirkung bezeichnet; Ref.).

Diese theoretischen Ergebnisse der Versuche gegen nicht animale Ziele werden nun in den Kapiteln über die Wirkungen der Geschosse auf das todte animale Ziel und den lebenden Menschen wieder und wieder geprüft; die stete Wiederholung derselben Gedankenarbeit durch den Autor, die man viel lieber selbst vornehmen möchte, erleichtert das Durchstudiren des Buches nicht, ermüdet vielmehr den Leser, namentlich da auch noch so Manches von den reichen Lesefrüchten des Verf. in den Text eingeflochten wird, was eigentlich nicht in das Buch hineingehört. Nachdem in der weiteren Folge Verf. zunächst den Werth der Schießversuche auf Leichen und verschiedene Arten lebender Thiere für die Beurtheilung von Schussverletzungen lebender Menschen mit Recht einer scharfen Kritik unterworfen hat, beginnt er in eigenartiger Reihenfolge zunächst mit den von den Nerven abhängigen Zeichen der Schuss-

verletzungen — was ihm Gelegenheit giebt, sich über das Wesen der kataleptischen Todtenstarre auszusprechen —, fährt fort mit den Blutungen auf dem Schlachtfelde und geht dann erst über zu den Arten der Schussverletzungen im Allgemeinen. Bei den Schussverletzungen der Haut wendet er dem Decollement traumatique seine ganz besondere Aufmerksamkeit zu, welcher Bezeichnung er auf Grund seiner früheren Arbeit einen weit größeren Inhalt giebt, als dies im Allgemeinen geschieht; er bezeichnet als Decollement eine große Zahl von Erscheinungen, die man gewöhnlich Kontusionen nennt.

Bei den Knochenschüssen unterwirft Verf. die verschiedenen »Sprungsysteme« — Radial- und Cirkulärsprünge, Biegungs-, Dehnungs-, Drehungssprünge — einer genauen Sichtung und betrachtet die Art ihres Zustandekommens von den verschiedensten Seiten, wie sie bedingt werden durch die Gestalt und Belastung des Knochens einerseits, Auftreffsort und Richtung, Geschwindigkeit, Größe, Gestalt des Geschosses andererseits. Er findet dabei zwischen den Schädel- und Diaphysenschüssen in der Art der Zerstörung in den principiellen Grundsätzen eine überraschende Übereinstimmung, wenn auch das Bild der Zerstörung des Schädels komplicirter erscheint. Im Ganzen kommt er zu dem Schlusse, dass das moderne Geschoss weniger schwere Knochenverletzungen veranlasst, als das frühere, eben so wie er den modernen Gelenkschüssen — Nahschüsse ausgenommen — einen noch viel günstigeren Verlauf prophezeit, als sie neuerdings schon genommen haben.

Nachdem weiterhin die Gefäß- und Nervenverletzungen noch ein zweites Mal besprochen sind unter reicher Einmischung theoretischer Betrachtungen, erfahren der Wundverlauf im Allgemeinen und die Wundkrankheiten gegenüber der breiten Behandlung der früheren Kapitel eine mehr skizzenhafte Besprechung.

Bei der Behandlung der Schusswunden wird K. von der Überzeugung geleitet, dass das Geschoss an sich als steril zu betrachten, eine Infektion der Wunde durch mitgerissene Kleidungsstücke zwar möglich ist, aber nur in einer verschwindend kleinen Zahl von Fällen auftritt, dass endlich dadurch, dass das Geschoss die Haut durchsetzt, die Schusswunde nur in Ausnahmefällen inficirt wird. Liegen auf und in der die Wunde umgebenden Haut schädliche Bakterien, so sollen dieselben auf dem Verbandplatze nicht mobil gemacht werden dadurch, dass man Wunde und Umgebung mit Flüssigkeiten zu reinigen sucht; die beste Behandlung für die frischen Schusswunden ist daher ein stark aufsaugender, austrocknender Verband, der nicht antiseptisch, nur steril zu sein braucht. K. verzichtet also bei dem ersten Verbande ganz auf die Säuberung der Wunde und ihrer Umgebung und bedeckt jene mit einem von ihm erfundenen, fertigen Einzelverbande, dessen wesentlicher, aufsaugender Theil aus einem dicken Polster Zellstofffaser zwischen zwei Schichten Jodoformgaze besteht, der durch einen Ring von Heftpflaster fixirt wird. Das Ganze aber ist von einem größeren Stück Shirting be-

deckt, das beim Auflegen des Verbandes allein mit den Fingern und Instrumenten des Helfers in Berührung kommt und entfernt wird, sobald das Pflaster klebt. Wo möglich soll dieser Verband schon auf dem Gefechtsfelde angelegt werden, der Hilfsverbandplatz ganz fortfallen, wenigstens der leichter Verwundete schon mit seinem Verbande versehen auf dem Hauptverbandplatze eintreffen. Da die Wunden in solchen Fällen nur ausnahmsweise von einem Arzte gesehen sind, dürfte der Werth der mitgegebenen Diagnosetäfelchen ein recht zweifelhafter sein.

Aus dem das Buch schließenden Studium der Verlustziffern, das deren Herabsetzung durch die Einführung der modernen kleinkalibrigen Gewehre beweist, kommt Verf. zu dem Schlusse, dieselben seien eigentlich zu human; schon das 8 mm-Gewehr stehe hart an der Grenze, von welcher ab es seinen Zweck, den Gegner durch einen einzigen Schuss kampfunfähig zu machen, nicht mehr in ausreichender Weise erfülle. Es sei der Armee kein Vorwurf daraus zu machen, die das Vollmantelgeschoss verwundungsfähiger zu gestalten trachte. Diese Frage gehört meines Erachtens allein vor das Forum des Militärs, der die Wunden schlägt, ist nicht Sache des Arztes, der die Humanität nach jeder Richtung hin vertreten soll.

Das K.'sche Werk im Ganzen ist eine höchst fleißige und gelehrte, auf durchaus moderner wissenschaftlicher Grundlage aufgebaute Arbeit, aus der man sehr viel lernen kann. Aber es kostet Mühe, sich durch das ganze Buch durchzuarbeiten, weil es gar so viel mit gelehrtem Apparat und mit Lesefrüchten belastet ist, die man missen kann, und wegen seiner zu reichen Durchsetzung mit theoretischen Spekulationen.

Die buchhändlerische Ausstattung ist tadellos.

Richter (Breslau).

---

3) **Toubert.** Précis de chirurgie d'armée.

Paris, 1900. 527 S., 234 Abbildungen.

Das Buch — ein Band aus Testut's Nouvelle bibliothèque de l'étudiant en médecine — ist wesentlich als Lehrbuch für Studenten geschrieben. Es beruht vor Allem auf den großen französischen Kriegschirurgien von Delorme und von Chauvel und Nimier, behandelt nur ganz kurz die theoretische Seite der Geschosswirkung im Allgemeinen und geht dann gleich über zu den Schussverletzungen der Gliedmaßen, denen sich die des Kopfes und Rumpfes anreihen. Da die Erfahrungen über Kriegsverwundungen mit den modernen Kleingewehrgeschossen bei der Abfassung des Buches noch gering und wenig gesichtet waren, beziehen sich die meisten Angaben über Geschosswirkung und Therapie noch auf die Verletzungen durch nicht gepanzerte Geschosse mit ihren größeren Hautwunden. Auch legt Verf. in Folge davon ein bedeutendes Gewicht auf die in den Schusskanal hineingerissenen, von ihm — wie die Geschosse selbst — als meist infektiös angesehenen Kleiderfetzen und verlangt er auf

Grund dessen in nicht wenig Fällen die primäre Untersuchung der Wunde mit dem Finger, event. nach der operativen Erweiterung auch das Einlegen eines Drains, kurzum, er huldigt im Allgemeinen einem etwas eingreifenderen Verfahren, als es bei uns die Regel ist.

Die zum Theil mehrfarbigen Abbildungen sind sehr klein, aber scharf und genau gezeichnet, der Druck ist klar, das Format des Buches so, dass man es bequem bei sich führen kann.

Richter (Breslau).

---

4) **C. Cranz** und **K. R. Koch.** Über die explosionsartige Wirkung moderner Infanteriegeschosse.

(Annalen der Physik. N. F. Bd. III. Hft. 2.)

Verff. beschossen mit Mausergeschossen von 6 mm Durchmesser und 800 m Anfangsgeschwindigkeit auf kurze Entfernung zunächst wassergefüllte 15 cm lange Blechcylinder von $12\frac{1}{2}$ cm Durchmesser, die auf der einen (der Einschuss-) Grundfläche mit Pergamentpapier, auf der anderen mit Gummihaut verschlossen und aufgehängt waren. Die photographische Aufnahme der Geschosswirkung erfolgte — nach der Mach'schen Methode — einmal in dem Momente, wenn das Geschoss eben in das Gefäß eingedrungen, ein anderes Mal, wenn es der Ausschussmembran näher gekommen oder wieder gerade bei ihr angelangt war, sie eben oder wieder schon eine kurze Zeit verlassen hatte. Unter diesen Verhältnissen ergab sich, dass das Wasser, noch während sich das Geschoss innerhalb des Gefäßes befindet, mit Gewalt aus der Einschussöffnung nach dem Gewehr zu heraustritt, die Ausschussmembran dagegen noch keinerlei Deformation zeigt, wenn das Geschoss an ihr angelangt ist, diese Ausbiegung erst nach ihrem Durchschießen beginnt, und zwar von der Durchtrittsstelle aus. Dann erst, wenn also das Geschoss schon außerhalb des Gefäßes weiterfliegt, beginnt auch die Metallhülle des letzteren, und zwar an ihrer schwächsten Stelle, der Löthfuge, zu bersten. Es beginnt unter den gegebenen Verhältnissen die eigentliche Explosion der Wassermasse demnach erst, wenn das Geschoss wieder in freier Luft fliegt.

Dagegen traten wesentlich andere Umstände zu Tage, wenn es sich um andere Dimensionen des Wassergefäßes oder um andere Anfangsgeschwindigkeiten des Geschosses handelte, solches mit geringerer als Schallgeschwindigkeit eindrang, wie das bei den früheren Kleingewehrgeschossen fast immer der Fall war. Wählten Verff. z. B. als Ziel ein 1 m langes Eisenrohr von 13,8 cm äußerem Durchmesser, mit einem zum Theil verschließbaren Längsschlitz versehen und auch, wie das erste Gefäß, mit Pergamentpapier bezw. Gummi verschlossen, und beschossen es mit demselben Mausergewehre, so wurden auch hier besonders am Einschusse, aber auch aus den Öffnungen des Längsschlitzes die Wassermassen mit großer Geschwindigkeit ausgetrieben. Das Geschoss aber durchdrang das Wasser offenbar nicht auf der ganzen Länge des Rohres, sondern verlor seine

Geschwindigkeit schon vor der Ausschussmembran und wurde dann, stark gestaucht und zerrissen, von dem aus der Ausschusswand austretenden Wasserstrahl mit herausgeschwemmt. Hierbei riss die Gummimembran, wenn sie sehr straff über das Rohrende ausgespannt worden war, entlang der Rohrwandung auf: es bildete sich ein großes kreisförmiges Loch; war sie einseitig gespannt worden, so ergab sich ein Längsschlitz; war sie ohne Spannung aufgezogen worden, so zeigte sich ein kleines rundes Loch. Und ähnliche Verhältnisse traten auf, wenn man kleinere Geschossenergie — wie Flaubertpistole — anwendete. Sonach traf hier zunächst nicht das Geschoss, sondern eine Wassermasse die Ausschussmembran und buchtete sie vor, riss sie auch von ihrer Umgebung ab; dann erst durchbohrte sie das Geschoss. Mit Mauser von 800 m Geschwindigkeit beschossene Kugeln aus feuchtem, plastischem Thon ergaben an Ein- und Ausschuss die beiden typischen Streukegel; die eigentliche Explosion erfolgte auch hier erst, nachdem das Geschoss weit über das Ziel hinausgeflogen war.

Verff. verwerfen die Erklärung solcher explosiver Geschosswirkung, als sei sie bedingt durch eine von dem Stoß des Projektils in der Flüssigkeit hervorgerufene und durch deren Elasticität sich allseitig fortpflanzende longitudinale Schallwelle, nehmen vielmehr an, dass die Explosionswirkung der Hauptsache nach auf einer derartigen Übertragung der Bewegungsenergie des Geschosses auf den durchschossenen Körper besteht, dass dieser Körper selbst translatorisch fortbewegt wird, je nach den Umständen mehr oder weniger in Theile getrennt. Das Geschoss giebt nach ihnen einen Theil seiner kinetischen Energie den nächstliegenden Theilen des Körpers ab, diese einen Theil ihren Nachbarn etc., ähnlich wie es beim Zerreißen des Körpers durch eine Sprengladung der Fall ist. **Richter** (Breslau).

---

5) **H. Nimier** und **B. Laval.** De l'infection en chirurgie d'armée, évolution des blessures de guerre.

Paris, **Félix Alcan,** 1900. 398. S.

In den ersten Kapiteln des Buches wird eine Übersicht über das Zustandekommen der Wundinfektion gegeben und dabei ein sehr hohes Gewicht auf die vom Geschosse in den Wundkanal mitgeschleppten, an Fetzen der Kleiderstoffe und der Oberflächengewebe haftenden pathogenen Keime gelegt. Wäre diese Anschauung richtig, so müsste der größte Theil aller Wunden von vorn herein als durch Implantation inficirt angesehen werden, was doch mit der in den neuesten Kriegen gemachten Erfahrung über die aseptische Heilung zahlreicher Schusswunden kaum vereinbar wäre. Im Gegentheil ist wohl die spätere Verunreinigung der Wunden durch Kontakt in den weitaus zahlreichsten Fällen die Veranlassung für das Ausbleiben des aseptischen Verlaufes. Diese Kontaktinfektion kann aber zu Stande kommen nicht allein durch Vermittlung von Fingern der Ärzte

und ihrer Handlanger, sondern auch durch die Finger der Verwundeten selbst, durch unreine Verbandstoffe, endlich dadurch, dass die aus der Wunde sickernden Wundflüssigkeiten von Kleidern und Haut aus mit Keimen beladen werden. Wenn Verff. selbst angeben, dass in heißen, trockenen Klimaten die Wundheilung leichter aseptisch erhalten bleibt, so ist das sicherlich der raschen Eintrocknung der Wundflüssigkeiten zum trockenen Blutschorf zuzuschreiben. Die gleichfalls gemachte gegentheilige Beobachtung über die zu anderen Zeiten und an anderen Orten wieder stattgefundene häufige Eiterung von Wunden in südlichen Gegenden wird eben so unschwer dahin zu erklären sein, dass es sich um regnerische Zeiten mit hohen Temperaturgraden gehandelt habe, welche der Eintrocknung ungünstig, der Mikrobenwucherung dagegen günstig waren. Diese Austrocknung nun anzustreben und der Kontaktinfektion vorzubeugen, eröffnet sich ein viel fruchtbareres Feld für die Kriegschirurgie, als die Annahme der schon durch die Kugel bewirkten Wundinfektion. Es scheint uns diese Annahme geradezu ein Rückschritt zu den Anschauungen der alten Chirurgen zu sein, welche alle Schusswunden als vergiftet ansahen; müssten doch auch wir uns, wenn wir ihr Heerfolge leisten wollten, wie sie emsig bestreben, zunächst alle Wunden zu desinficiren. Im Gegensatze dazu drängen alle modernen Bestrebungen dahin, möglichst bald die antiseptische Wundocclusion zu erreichen, to be let alone, wie Lister sagt. Gilt doch noch heute in gewissem Sinne der Ausspruch Volkmann's: der erste Verband entscheidet das Geschick des Verwundeten. Und selbst die Umänderung dieses geflügelten Wortes durch Mabart, welcher dem ersten Transporte den entscheidenden Einfluss einräumt, hat ja nur dasselbe Ziel im Auge; den Verwundeten möglichst bald und möglichst gut dem ersten Deckverbande entgegenzuführen. Dass auch Verff. diesen Zweck im Auge haben, geht aus einzelnen Äußerungen zweifellos hervor, wenn sie auch in diesem Buche — oder richtiger Theile ihres größer angelegten kriegschirurgischen Lehrbuches — noch nicht die Therapie der Kriegsverwundungen behandeln.

Mit Recht wird weiter hervorgehoben, dass die eingedrungenen Keime in den theils zertrümmerten, theils in ihrer Vitalität herabgesetzten Geweben trefflichen Nährboden finden, und zwar um so mehr, als einzelne dieser Gewebe an sich schon leicht inficirbar sind: das Unterhaut- und Zwischenmuskelgewebe, die Sehnenscheiden und Gelenkauskleidungen, die serösen Häute und das Knochenmark. Auch spielt sicherlich der Kräftezustand des Verwundeten und seine Gemüthsverfassung eine erhebliche Rolle; wie denn bekanntlich unter den verwundet in die Hände der Sieger gefallenen Kriegern der besiegten Armee eine höhere Sterblichkeit zu herrschen pflegt. Allerdings werden gerade die Schwerverwundeten vom Besiegten auf dem Schlachtfelde zurückgelassen.

Trefflich gearbeitet sind die beiden Kapitel, welche Verff. dem Wundverlaufe in nicht inficirten und in inficirten Wunden

gewidmet haben, und sind sie bestrebt gewesen, die anatomisch-physiologischen Verhältnisse dabei nach den neuesten Anschauungen zu schildern. Namentlich ist den gröberen und feineren Vorgängen an den Gefäßen und Nerven eingehende Besprechung zu Theil geworden. Es scheint uns von Bedeutung, dass gerade in einem vorwiegend für den Anfänger bestimmten Lehrbuche, wie das vorliegende, die oft höchst stiefmütterlich behandelten nervösen Störungen, so wie die Kreislaufverhältnisse in höherem Maße Berücksichtigung finden.

In dem Abschnitte, welcher den Titel trägt: »des Pyohémies« werden unter dieser Signatur zusammengefasst alle die Zustände, welche wir »als Folge der Infektion des Organismus durch pyogene Mikroben« ansehen, während als Septhämien aufgefasst werden die »durch den Vibrion septique und einige andere Mikroben veranlassten Zufälle. Statt des Namens der Pyämie werde man später die speciellen Bezeichnungen einführen: Streptococcie, Staphylococcie, Pneumococcie, Coli-Bacillose«; vorläufig aber sei man noch nicht so weit, diese Unterscheidung durchführen zu können. Ref. ist ketzerisch genug, zu glauben, dass eine solche Unterscheidung wohl überhaupt nie möglich sein dürfte, schon weil es sich doch wohl meist bei derartigen Erkrankungen um Mischinfektionen handeln dürfte. Auch würde es praktisch gewiss besser sein, der Gepflogenheit der deutschen Autoren zu folgen, als Pyämie nur die metastatische Form zu bezeichnen, alle Formen der Allgemeininfektion aber unter der Bezeichnung Septhämie zusammenzufassen, natürlich auch die »Pyohémie avec toxémie«, welcher Verff. die »Pyohémie avec abscès métastatique« gegenüberstellen.

Die Ansicht Sédillot's, dass die metastatische Pyämie meist einen glücklichen Ausgang nehme, halten Verff. für zu optimistisch. Es dürfte für den Verlauf von ausschlaggebender Wichtigkeit sein, ob sich im Einzelfalle die metastatischen Abscesse gar zu zahlreich in inneren Organen bilden und in wie weit sie dabei einer chirurgischen Behandlung zugängig sind.

Bei der Streptokokkenpyämie sollen neben ausgesprochenen toxämischen Erscheinungen die Eiterungen der serösen Häute und Erysipel vorherrschen. Die Staphylokokkeninfektion setzt weniger plötzlich, nicht mit so starker Fiebersteigerung ein. Die Streptokokken-Osteomyelitis tritt als medulläre Eiterung nach Gelenkschwellungen auf, während die Staphylokokken-Osteomyelitis diese entbehrt und mit Nekrose einhergeht. Außer den beiden Hauptformen nehmen Verff. noch eine Pyohémie mixte an, welche mithin der bei uns als Septico-Pyämie beschriebenen Mischform entspricht.

Was nun die Septhämie betrifft, so wird diese mit dem akutpurulenten Ödem Pirogoff's identificirt und deckt sich mit der septischen Phlegmone der deutsohen Autoren; ihr Erreger par excellence soll Pasteur's Vibrion septique sein. Doch werden auch andere Mikroben zugelassen; nach Fränkel milzbrandähnliche Ba-

cillen, nach Chiari das Bacterium coli, nach Welitz und Ruttal der Bac. aërogenes capsulatus, nach San Felice der Bac. pseudo-oedematis malignus, nach Weinberg der Bac. incapsulatus oder aureolatus. Der Vibrion septique ist anaërob, daher entwickelt er sich im Innern abgestorbener Gewebe unter Unterstützung von »Mikrobes favorisants«, welche sich gemeinsam mit ihm überall in der Erde finden. Diese Hilfsmikroben sind besonders empfindlich gegen Antiseptica, und die jetzt in den Hospitälern vorhandene Seltenheit der Septhämie ist der Einwirkung der Antiseptica auf diese Hilfsmikroben zuzuschreiben. Die Hauptfeinde des Vibrion septique aber selbst sind die Phagocyten, deren Auswanderung wieder durch die vom Vibrion gebildeten Toxine gehindert wird. In der Beschreibung der klinischen und anatomischen Verhältnisse wird hauptsächlich Calléron citirt.

Beim Tetanus wird zwischen einem traumatischen und einem solchen »a frigore« unterschieden, letzterer mit besserer Prognose und nicht vom Tetanusbacillus Nicolaier, sondern vom Pneumococcus erregt. Neben dem eigentlichen Tetanus (Tétanos droit) wird noch ein Tétanos céphalique und ein Tétanos splanchnique unterschieden.

Den Reigen der Infektionskrankheiten beschließt dann die Pourriture d'hôpital, unser Hospitalbrand, welchen Verff. mit dem Ulcère phagédénique des pays chauds identificiren wollen eben so wie Vincent, welcher sie unter den aus Madagaskar zurückkehrenden Kabylen in Algier zu beobachten Gelegenheit hatte. Als Erreger wird der Bacillus Vincent angesehen, welcher zuweilen auch Formen zeigt, wie sie angetroffen werden »dans certaines angines diphthéroides«. Charakteristisch für ihr Auftreten ist »un processus nécrogène et hémorrhagique« und »Exsudat diphthéroide«. In der Beschreibung der Symptomatologie wird auch hier der Schilderung Calléron's aus dem Krimkriege gefolgt. Das Schlusskapitel bespricht den Einfluss des Verweilens fremder Körper in den Geweben, und zwar zunächst die Art der Einkapselung nicht infektiöser Fremdkörper. In der Frage, wie eine Späteiterung von solchen lange Zeit hindurch eingekapselt liegenden Körpern ausgehen kann, nehmen Verff. Partei für die Anschauung, dass es sich dabei wohl stets um ein Wiedererwachen schlummernder alter Keime durch ein meist unbedeutendes Trauma handele, nicht aber um eine Reinfektion. Endlich wird noch der Möglichkeit der Bleivergiftung von liegen gebliebenen Bleigeschossen gedacht und Beispiele angeführt.

Wenn wir auch nicht überall den vorgetragenen Ansichten der Verff. beizutreten vermochten, so sind wir ihren Ausführungen und oft reizvollen Schilderungen dennoch mit hohem Interesse gefolgt und sehen der Fortsetzung des kriegschirurgischen Werkes, von welchem hier nur ein Theil und zwar der vierte, vorliegt, mit Spannung entgegen, um so mehr, als nunmehr wohl der therapeutische Theil zu erwarten steht.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

6) **F. Schaefer.** Die Lanze. Eine geschichtliche und kriegschirurgische Studie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 3.)

Verf. führt uns in seiner Studie über die Geschichte der Lanze durch viele Jahrhunderte hindurch vom Riesen Goliath und den homerischen Helden bis in die Neuzeit. Trotz des reichlichen Gebrauches dieser Waffe und trotz der Rolle, die sie in den Kriegen früherer Zeiten gespielt hat, hatte Verf. recht viele Mühe, für den Kriegschirurgen wichtigere Details, besonders solche statistischer Art zu finden. Indessen geht doch so viel aus dem hervor, was Verf. mit emsigem Fleiß zusammengestellt hat, dass die Lanzenverletzungen in den früheren Feldzügen meistens leichter Natur waren, resp. dass auch an sich schwere Verletzungen zu gutem Heilresultate führten. Der Bau der Lanzen bedingt so. z. B., dass bei Bauchverletzungen Eingeweide leicht zur Seite geschoben werden, und so die Gefahr des Kothaustrittes eine verminderte ist, eben so wie die einer größeren Gefäßverletzung. Verf. nennt desshalb die Lanze eine humane Waffe und glaubt, wenn sie aus militärischen Gründen beibehalten werden müsse, dass man sie dann durch eine zweckentsprechende Form ihrer Spitze zu einem gefährlicheren Instrumente machen könne.

E. Siegel (Frankfurt a/M).

---

7) **Matthiolius.** Sanitätsbericht über die Thätigkeit der Expeditionen der Deutschen Vereine vom Rothen Kreuze im Boerenkriege 1899/1900.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1900. p. 593.)

Wie aus den Tagesblättern Jedermann bekannt sein dürfte, hatten die Boeren die ihnen von den Gesellschaften vom Rothen Kreuze aller Länder angebotene Unterstützung durch Abordnung von Expeditionen angenommen, während die Engländer sie im Vertrauen auf ihre eigenen Kriegsanitätsanstalten ablehnten. Ein Bericht über die Thätigkeit der 3 deutschen Expeditionen dieser Art durch den mit ihrer Oberleitung betrauten Marine-Stabsarzt Dr. M. liegt uns hier vor. In diesem Berichte sind diejenigen Beobachtungen verwerthet, welche in 8 etablirten Lazaretten, 4 Polikliniken, auf Verwundeten-Transportzügen und beim Dienste als Feldambulanzen gemacht worden sind, und sie erstrecken sich über 1358 Kranke im Ganzen, von denen 707 im Lazarette, 651 poliklinisch (»im Revier«) behandelt wurden. Und zwar waren darunter 445 Verwundete im Lazarette, nur 42 poliklinisch, wogegen umgekehrt von Kranken nur 262 im Lazarette Aufnahme fanden, 609 dagegen ambulatorisch behandelt werden konnten. Wenn auch damit den Lazaretten der ganzen Ausrüstung der Expedition entsprechend vorwiegend chirurgische Aufgaben gestellt waren, so ist doch die Gesammtzahl der behandelten Verwundeten, 487, nur beschränkt, immerhin aber doch erheblich genug, um mancherlei Schlüsse zu gestatten. Überhaupt

ist die Zahl der Verwundungen auf der Seite der Boeren Dank ihrer vortrefflichen Benutzung sich darbietender Deckungen und ihrer Gefechtsart in weit zerstreuten Linien nur mäßig, und man erstaunt über die geringen Verluste, welche sie auch in den größeren Gefechten erlitten haben, gemäß den Zusammenstellungen der Informationsstelle in Prätoria. In Anlage 10 werden aus mehreren Hauptgefechten die Verluste mitgetheilt, zusammen 224 Gefallene und 607 Verwundete, woraus sich ein Verhältnis der Gefallenen zu den Verwundeten wie 1 : 2,7, zu den sämmtlichen Verletzten einschließlich der Gefallenen wie 1 : 3,8 berechnet. Stellt man hiergegen das Verhältnis der Gefallenen zu den Verwundeten bei den Deutschen im Kriege 1870/71 mit 1 : 5,39, so ergiebt sich, dass die Anzahl der sofort Getödteten verhältnismäßig ungewöhnlich hoch ist. Wenn auch Aufklärungen über die Körpergegend, welche bei den Gefallenen getroffen worden ist, nicht vorliegen, so dürfte doch mit Sicherheit anzunehmen sein, dass die meisten Gefallenen durch Schuss in den beim Zielen ungedeckten Kopf schnell tödlich verwundet worden seien, wie es zuerst Löffler für die Preußen 1864 festgestellt hat. Unter den zur Behandlung gekommenen 436 Verwundungen war bei 62 = 14,2% der Kopf betroffen, während bei den Deutschen 1870/71 die Kopfwunden 10,4% aller in Behandlung gelangter Verwundungen betrugen, bei den Preußen 1864 13,8%. Auch hier sprechen also die Zahlen für häufigere Verletzung des Kopfes in den Reihen der Boeren. Weiter ist die geringe Anzahl der durch artilleristische Geschosse Getroffenen auffallend, indem sie nur 21,3% aller Verwundeten in den Lazaretten betrug.

Einen besonderen Stempel erhielten die Verhältnisse dadurch, dass die Boeren während der Thätigkeit des Verf. auf dem Kriegsschauplatze stets im Rückgehen begriffen waren, die Lazarette ihnen nicht zu folgen vermochten, daher oft in die Hände der Engländer gelangten, welche übrigens kein Interesse daran hatten, die verwundeten Feinde in eigene Behandlung zu nehmen, sie vielmehr den Deutschen zur Weiterbehandlung überließen. Ja, sie entließen geheilte Verwundete in die Heimath, falls diese zu weiterem Kriegsdienste unfähig waren, durchaus entsprechend den Bestimmungen der Genfer Konvention. Die meisten Verwundungen wurden jedoch nicht bis zum Ende behandelt.

Als recht primitiv werden die zur Verfügung stehenden Transportmittel beschrieben. Auf Landwegen wurden gewöhnliche mit Verdeck versehene Landkastenwagen, aus denen die Sitzbänke herausgenommen waren, oder gewöhnliche federlose Bockwagen gebraucht, jene von 4—6 Maulthieren oder Pferden, diese von 12—16 Ochsen gezogen; Tragen oder Matratzen dienten als Lager. Auf der Eisenbahn standen nur gewöhnliche Lowries mit einem auf festen Stützen überspannten Verdecke, an welchem in der Längsrichtung beiderseits je über einander 2 Reihen von Tragen angebracht waren, zur Verfügung, gegen seitliche Schwankungen nur ungenügend durch von der Decke

zum Boden gespannte Halteriemen geschützt. Doch gab es auch einen gut ausgerüsteten Lazarettzug, vom Rothen Kreuze in Prätoria zur Verfügung gestellt.

Stets haben sich die Ärzte bemüht, nicht nur die Geschossart (Mauser, Lee-Metford, Henry-Martiny, Shrapnel, Granate, Sekundärgeschoss), sondern auch die Entfernung festzustellen, aus welcher die Verwundung gesetzt war, was natürlich nicht immer gelang. Während im Ganzen genommen ein verhältnismäßig glücklicher Verlauf der Kleinkalibergeschosswunden hervorzuheben ist, sprechen die gemachten Erfahrungen nicht gerade dafür, dass das Lee-Metford-Geschoss mit seinem immerhin etwas größeren Kaliber schwerere Wunden bewirkt habe, wie die Engländer eigentlich erwartet hatten. Hinsichtlich der Zahl der Todesfälle ordnen sich die Wunden je nach der getroffenen Körpergegend in folgender Weise: Artillerieverletzungen der Wirbelsäule 100%, Todesfälle, Gewehrschüsse derselben 50%, Schädelschüsse durch Gewehr 44,4%, durch Artilleriegeschosse 25%, Bauchgewehrschüsse 15,4%, Artillerieverletzungen des Gesichts 10%, Gewehrschüsse der Brust 7,1%, des Gesichts 4,5%, Artillerieverletzungen der Gliedmaßen 3,4%, Gewehrschüsse derselben 0,5%. Im Ganzen kamen 7 Todesfälle nach Artillerieverletzungen und 20 nach Gewehrschüssen vor, ein Verhältnis von 1 : 12 für die ersteren, 1 : 16 für die letzteren, für alle Wunden insgemein 1 : 15, während das Verhältnis in den Kriegen 1866 bei den Preußen und 1870 bei den Deutschen sich auf 1 : 8 gestellt hat, hier entschieden sehr günstig, zumal wenn man die Schwierigkeit der Transporte und die mangelhafte Hygiene der Lazarette berücksichtigt, wie sie die allgemeinen Kriegsumstände herbeiführten.

Die Anzahl der nothwendig gewordenen Operationen bei Wunden war verhältnismäßig gering. Besonders selten waren beraubende Operationen, und zwar 5 wegen Artillerieverletzungen — 3 Oberschenkelamputationen, 2 Exartikulationen im Kniegelenke — und 9 wegen Gewehrschüssen — 1 Oberarmamputation, 4 Fingerauslösungen, 1 Oberschenkelamputation, 1 Auslösung im Knie (letztere beide wegen Gangrän nach Verletzung großer Gefäße), 1 Fußgelenksresektion, 1 Auslösung des Calcaneus. Dazu kommt noch 1 Enucleatio bulbi. Am seltensten unter diesen seltenen Operationen wurden Resektionen ausgeführt, auch nicht mit gutem Erfolge, wie später erfahren wurde. Dagegen waren Trepanationen recht häufig — 14mal — nöthig, oft ohne Rettung zu bringen. Es handelte sich stets um das Geschoss selbst oder um Knochensplitter, die in das Gehirn eingedrungen waren und dort Hirnabscesse bewirkt hatten. Überhaupt waren Hirnabscesse häufig, indem selbst tangential auftreffende Kleinkalibergeschosse Splitterungen der Lamina interna verursachten. Lähmungserscheinungen oder Krämpfe traten nach Gewehrschüssen des Schädels nicht selten auf. Dennoch wurden unter den Kleinkaliber-Schädelschüssen selbst aus weniger als 1000 Yards Entfernung noch eine Reihe von 6 Leuten, denen Knochen verletzt, ja das Gehirn durch-

bohrt war, am Leben erhalten, einer freilich mit völliger Erblindung des einen, fast völliger des anderen Auges. Auffallend war, dass den Mauserverletzungen seltener Hirnabscesse folgten als denen durch das englische Kleinkaliber; doch kann dies auch an anderen, für die Verwundeten der Boeren besonders ungünstig liegenden Umständen gelegen haben. Jedenfalls stimmen diese Beobachtungen mit denen der Engländer und Amerikaner völlig überein.

Auch der Satz von der relativen Leichtigkeit der Gesichtswunden, von denen 31, darunter 10 durch grobes Geschütz, 22 durch Kleinkalibergeschosse bewirkt, zur Beobachtung gelangten, wird bestätigt. Es starben nur 2 Leute nach Oberkieferschüssen, 1 durch Artillerie-, 1 durch Kleingewehrgeschoss an Jauchungen, der letztere nach Unterbindung der Carotis wegen Blutung aus der Maxillaris interna. Bei einem anderen erfolgte primäre, nach 8 Tagen sekundäre Blutung; erstere war nicht behandelt, letztere aber durch einfache Tamponade, dann nach 12 Tagen durch Tamponade mit Bellocque endgültig gestillt worden. Bei einem Manne mit Unterkieferbruch wurde primär Tracheotomie und Knochennaht gemacht. Ein Theil der gut verlaufenen Gesichtsschüsse war auch aus näheren Entfernungen von 300—400 Yards bewirkt worden.

Leichter Natur waren auch die seltenen Halsschüsse, selbst bei voller Durchquerung des Halses von einer Seite zur anderen. Auch die Engländer (McCormac) haben dieselbe Beobachtung gemacht.

Brust und Rücken wurden 11mal durch Artillerie-, 60mal durch Gewehrgeschosse getroffen. Unter ersteren Fällen befindet sich eine rasch tödlich verlaufene Wirbelsäulen- und Rückenmarksverwundung durch Shrapnel, während 4mal nur oberflächliche Weichtheilschüsse vorlagen. Einmal war nur Kontusion der Brust mit Rippenbruch und Hautemphysem erfolgt, eine offene Hautwunde fehlte. Mehrmals trat nach anderweitem Sondiren Eiterung auf, einmal unter Entwicklung von Pyopneumothorax, der mit Rippenresektion behandelt wurde. Auch unter den Gewehrschüssen der Brust finden sich 9 reine Weichtheilwunden, wie sie außerdem noch bei 2 durch Aufschlagen von Geschossen auf den Patronengürtel unter Explosion von Patronen Verwundeten vorlagen, also im Ganzen bei 11. In 45 Fällen war die Betheiligung der Lungen als sicher anzunehmen, obgleich bei 5 von ihnen während des ganzen Verlaufes Lungenblutung fehlte. 23mal wurde Dämpfung verzeichnet, 1mal zugleich mit Pneumothorax, 3mal letzterer allein. 4mal traten Spätblutungen aus den Lungen auf, und zwar 3mal am 14., einmal am 17. Tage, endlich auch bei einem erst am 16. Tage nach der Verwundung eingelieferten Manne mehrmals; die Rippenresektion wurde wegen Empyem gemacht, doch soll der Mann später gestorben sein. Stecken geblieben waren 5 Geschosse, 2 Mauser-, 3 Lee-Metford-Kugeln, theils aus großen Entfernungen, theils Aufschläger mit Mantelzerreißungen. Noch eine weitere Rippenresektion wurde nöthig und rettete den Mann, wogegen 5mal der Tod an Eiterung und Blutungen

eintrat. Unter diesen befand sich einer, bei welchem die Obduktion zeigte, dass ein Lungengefäß durch einen kleinen Knochensplitter angespießt war. Wirbelsäulenverletzung wurde einschließlich des schon erwähnten Falles 5mal beobachtet, 2mal mit tödlichem, 1mal mit zweifelhaftem Ausgange, während 2mal Besserung eintrat.

Bauchwunden kamen 26, und zwar nur durch Kleinkaliber, zur Beobachtung; mehrmals lagen nur oberflächliche Verwundungen vor, 5mal war die Darmbeinschaufel, 1mal das Kreuzbein (Lochschuss aus 600 Yards), 1mal die Symphyse getroffen, theilweise durch Aufschläger. Unter 3 Nierenschüssen verliefen 2 rasch günstig, dagegen endete tödlich der 3. am Abend der wegen peritonitischer Erscheinungen ausgeführten Operation. Eine Blasenwunde heilte trotz der schon erwähnten Durchbohrung der Symphyse, eben so auch eine Harnröhrenwunde ohne Operation unter leichter Eiterung. Bei weiteren 8 Bauchschüssen hätte Verletzung von Darmschlingen nach der Wundrichtung angenommen werden müssen, ohne dass aber irgend welche Erscheinungen diese Annahme bestätigt hätten; ja einer dieser Verwundeten wurde wegen innerer Blutung laparotomirt, aber ohne Darmverletzung gefunden. Sichere Zeichen der Darmverletzung zeigten nur 3 Verwundete, 2 im Auftreten von Kothabscessen, während der 3. wegen Blutung aus einem Mesenterialgefäße laparotomirt wurde;. die beiden Darmwunden waren durch einen Schleimhautpfropf von innen so verschlossen, dass Darminhalt in die Bauchhöhle nicht ausgetreten war; dennoch tödlicher Ausgang. Von 4 Mastdarmwunden machte nur eine, angeblich aus 10 m beigebrachte schwere Erscheinungen und endlich Tod an den Folgen von Blutungen, wegen deren die Unterbindung der Glutaea media gemacht war. Im Ganzen war unter allen Bauchwunden nur 4mal der Ausgang tödlich, und zwar 2mal trotz Laparotomie. Verf. kommt daher mit Recht zu dem Schlusse, dass die häufige Ausführung der Laparotomie sich nicht als nöthig herausgestellt hat. Ref. macht noch besonders auf den bei der Laparotomie (s. oben) einmal gefundenen Verschluss durch Schleimhautausstülpung aufmerksam, der noch 16 Stunden nach der Verletzung vorhanden war; allerdings waren die Wunden nur linsengroß.

Zahlreicher sind die behandelten Gliedmaßenverwundungen, und zwar durch Artilleriegeschosse 59, durch Gewehrgeschosse 214. Die oberen Gliedmaßen waren 99mal, 68mal durch Kleingewehr, 31mal durch schweres Geschütz, die Beine 174mal, 146mal durch ersteres, 28mal durch letzteres getroffen.

Außer 4 Fingerexartikulationen war am Arme nur eine Amputation nöthig bei einem Manne, der mit verjauchter Gewehrschusswunde des Handgelenks in Behandlung kam und trotzdem zu Grunde ging. Schwerere Blutung wurde nur 1mal beobachtet. 3mal trat bei Diaphysenschüssen erwähnenswerthe Eiterung ein, 1mal in Folge mitgerissener Kleiderfetzen, 1mal bei verspätetem (11 Tage) Eintritt in die Behandlung, 1mal bei Verwundung durch Henry-Martini-

geschoss, Kaliber 11,43 mm. Bei 2 Gelenkschüssen trat Schwellung ein, 1mal außerdem Vereiterung.

Auch am Beine blieb mit Ausnahme weniger Fälle Eiterung aus, 1mal war die Absetzung des Oberschenkels schon vor Überweisung an das Hospital wegen Brand nach Gefäßverletzung gemacht, und noch in 2 weiteren Fällen musste unterbunden werden 1mal die Tibialis, 1mal die Poplitea (seitliches ovales Loch). Nach der Tibialis- und weiterhin Popliteaunterbindung musste die Exarticulatio genu gemacht werden, womit der Mann gerettet wurde.

Selbst bei Schüssen aus geringen Entfernungen sah man nicht stets große Zerstörungen eintreten, vielmehr lagen zuweilen auch einfache Schrägbrüche vor. Doch scheinen, wo ausgedehntere Splitterung vorhanden war, stets Nahschüsse vorgelegen zu haben. Große Splitter des Oberschenkelschaftes waren bei 3 Lee-Metfordschüssen aus 150 Yards oder aus unbekannter Entfernung, so wie bei vier Mauserschüssen aus 200, 400, 500 Yards vorhanden, wobei theilweise auch größere Ausschüsse vorkamen. 2 Schmetterlingsbrüche gleichfalls des Oberschenkels hatten ein Mauserschuss aus 100 und ein Lee-Metfordschuss aus 150 Yards Abstand hervorgebracht.

Verf. hebt als auffallend hervor nicht nur, dass überhaupt vielfach Geschosse deformirten, sondern dass dies auch aus weiten Abständen, mehr als 1800 m Entfernung, geschah, während nach den Versuchen der Kgl. preußischen Medicinalabtheilung die weiteste Entfernung für die Deformation auf 1300 m angegeben wird. Ferner findet sich vielfach, auch aus nahen Entfernungen, dass Geschosse stecken blieben, meist deformirt. Beides dürfte sich nach des Ref. Ansicht leicht durch die Annahme erklären lassen, dass das verwundende Geschoss vorher aufgeschlagen war, so z. B. bei dem Geschosse, welches aus 300 Yards durch die feste Kappe des Stiefels in die Hacke eingedrungen und im Fußrücken stecken geblieben war; deutet doch hier die Richtung von unten nach oben ganz klar auf das Ricochettiren hin.

Auch bei den meisten Gewehrschusswunden der Beine, selbst Knochenschüssen, blieb Eiterung aus, während sie bei den Wunden durch Artilleriegeschosse häufiger eintrat. Doch fanden sich die Ärzte oft gezwungen, lose Splitter zu entfernen; niemals aber veranlassten Unterschenkelverwundungen Absetzung des Gliedes, nur 1mal wurde Resektion des Fußgelenkes, 1mal des Calcaneus erforderlich. Bei den 4mal vorgekommenen Verwundungen dieses letzten Knochens machte sich besonders deutlich die stufenweise Abnahme der Zerstörung mit Zunahme der Entfernung des Schützen geltend. Selbst die so gefürchteten Kniegelenksschüsse verliefen ohne stärkere Schwellung unter geringer Mitleidenschaft des Allgemeinbefindens.

Wenn auch die Art der Behandlung des Materiales durch den Verf. von einem mehr statistischen Standpunkte aus die auszügliche Besprechung sehr erschwert, so haben wir doch versucht, das Wichtigste mitzutheilen. Die eigentlich klinische Verwerthung desselben

Materiales hat Verf., dem eine mehr zusammenfassende und überwachende Thätigkeit vorgeschrieben war, nach den getroffenen Vereinbarungen den anderen Ärzten der Expedition überlassen.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

8) **H. Küttner.** Kriegschirurgische Erfahrungen aus dem südafrikanischen Kriege.

(Sonder-Abdruck aus den Beiträgen zur klin. Chirurgie, redigirt von P. v. Bruns.) Tübingen, 1900. 116 S. 13 Abbildungen im Text und 13 Tafeln.

K., als Assistent von v. Bruns völlig bewandert in der Frage der Geschosswirkungen, hatte Gelegenheit, nachdem er schon in den letzten griechisch-türkischen Kämpfen als Arzt sich hatte bewähren können, als Mitglied der 1. Expedition des deutschen Rothen Kreuzes eine Zeit lang inmitten der Kämpfe zwischen Engländern und Boeren an Verwundeten beider Heere Erfahrungen über Verwundungen durch die modernen Kleingewehrgeschosse zu sammeln, die dem Lazarett direkt vom Kampffelde zugingen. Ausgerüstet mit allen Hilfsmitteln zur Diagnostik war er namentlich auch im Stande, eine große Anzahl Schussverletzter im Beginne und weiteren Verlaufe ihrer Verwundung skiaskopisch zu untersuchen und auf diesem Gebiete charakteristische Erfahrungen zu sammeln.

Beide Armeen schossen — und schießen noch — aus ihren Gewehren und Maximgeschützen Mantelgeschosse, die Boeren solche von 7,0, die Engländer solche von 7,7 Kaliber; jene, die Mausergeschosse, hatten eine um 90 m größere Anfangsgeschwindigkeit und leisteten an der Gewehrmündung eine um 23,9 mkg größere Arbeit, als diese, die Lee-Metfordgeschosse. Diese geringen Unterschiede waren aber für die Wirkung auf den Menschen ohne irgend welche Bedeutung. Da die artilleristischen Geschosse der Engländer verhältnismäßig wenig Verwundungen im feindlichen Heere angerichtet und dazu keine eigenartigen Wirkungen hervorgerufen haben, bleiben sie außer Betracht.

Die modernen Kleingewehrgeschosse rufen meist nur geringe primäre Wundschmerzen, selten allgemeinen Chok hervor.

Die Hautwunden sind meist auffallend klein und, vorausgesetzt dass das Geschoss etwa senkrecht die Haut durchschlägt, die Ausschussöffnung kaum oder gar nicht umfangreicher als die des Einschusses, selbst bei einem Schusse aus $^1/_2$ m Entfernung. Nur wenn der Schuss aus unmittelbarer Nähe abgegeben war — aber bei Ausschluss der Wirkung der Pulvergase — erreichte bei kleinem Einschusse der Ausschuss eine Größe bis 15 cm Durchmesser und zeigte Muskel- und Fascienfetzen, auch wenn der Knochen unverletzt geblieben. Charakteristisch für die Wirkung des sich nicht stauchenden kleinkalibrigen Geschosses war ein Schusskanal in den das Schienbein bedeckenden dünnen Weichtheilen, der den Knochen unversehrt zeigte. Meist perforiren die Geschosse den getroffenen Mann, nicht ganz selten bleiben sie aber auch trotz ihrer gesteigerten Durch-

schlagskraft im Körper zurück, wenn sie vor dem Eindringen durch Hindernisse abgeschwächt sind oder aus sehr großer Entfernung auftreffen. Sehr selten findet man Kleiderfetzen in der Wunde. Die Heilung der im Allgemeinen als aseptisch anzusehenden Weichtheilwunden geht in der weit überwiegenden Zahl der Fälle rasch — in 8—14 Tagen — und ungestört vor sich, wenn man die Schussöffnungen mit Stückchen aseptischer oder antiseptischer Gaze bedeckt, die man mit einem Pflasterkreuz befestigt.

Die primäre Blutung ist in der größten Mehrzahl der Fälle gering, um so unbedeutender, je kleiner die Hautwunden; selbst wenn ein großes Gefäß getroffen ist, kann es vorkommen, dass wegen der Enge des Schusskanals nur wenig Blut nach außen tritt. So erscheinen Schussverletzungen der Extremitätenarterien weniger gefährlich als früher, sind Verblutungen aus ihnen auf dem Schlachtfelde zu Seltenheiten geworden, dürfte es auch seltener als früher zu einer Unterbindung daselbst kommen. Dagegen trifft man so manches Mal auf gewaltige interstitielle Blutungen, die enorme Weichtheilschwellungen veranlassen können. Im weiteren Verlaufe kommen — nicht septische — Nachblutungen aus verletzten großen Arterien nicht selten zur Beobachtung, doch kommt auch manch ungestörter Heilungsverlauf vor, wenn die Wunde nur ganz klein oder gar durch benachbarte Theile verlegt worden ist — wie z. B. eine angeschossene Axillararterie durch den ihr anliegenden, selbst durch das Geschoss durchborten N. radialis zugestopft war. Indess geben solche Arteriennarben später Veranlassung zu sekundärer Aneurysmenbildung, wie sich solche denn überhaupt gewöhnlich an die Verletzung größerer Arterien anschließt; sie sind eine häufige Erscheinung geworden und im südafrikanischen Kriege an allen großen Extremitätenarterien zur Beobachtung gekommen, manchmal im direkten Anschlusse an die Verletzung, in anderen Fällen erst nach Wochen und Monaten. Nicht ganz selten begegnete man auch einem Aneurysma varicosum, als Folge gleichzeitiger Verletzung nebeneinander verlaufender Arterien und Venen. Schussverletzungen der letzteren allein gaben Ärzten äußerst selten zu schaffen, heilten meist, ohne klinische Erscheinungen zu machen. Ihnen an Werth direkt entgegengesetzt sind die Schussverletzungen der in den Körperhöhlen verlaufenden Gefäße — namentlich der Arterien. Sie veranlassen neben den Schädelschüssen sicher am häufigsten den Tod auf dem Schlachtfelde.

Schussverletzungen der peripheren Nerven, die oft zur Beobachtung kamen, bestanden sehr selten in völliger Durchtrennung des Stammes, mehrfach aber — z. B. an Radialis und Medianus — in einer knopflochartigen Durchbohrung.

Zur Aufklärung der Eigenart der Knochenschussverletzungen diente vor Allem die Skiaskopie. Bei ihnen erschien die Verletzung der bedeckenden Weichtheile an der Einschussseite meist klein, nur bei Nahschuss erreichte sie eine Größe von 2,5:1,5 cm Durchmesser; daneben fand man dann wohl noch andere Zeichen rückwirkender

Gewalt. Auch die Ausschussöffnung war trotz großer Zertrümmerung des Knochenschaftes nicht selten, namentlich wo dicke Weichtheillagen zwischen Zertrümmerungsfeld und der Haut lagen, nur klein und erreichte selbst bei einem Schusse durch die Oberschenkeldiaphyse aus allernächster Nähe nicht mehr als 3,5 : 2 cm Durchmesser. Den größten Zertrümmerungsherd im ganzen Schusskanale bildet stets der zersplitterte Knochen selbst. — Relativ häufig veranlassen die modernen Geschosse — meist bei tangentialem Aufschlagen — einfache Quer- und Schrägschüsse der Diaphysen der Röhrenknochen. Rein lochförmig durchbohren sie die letzteren kaum jemals, doch können sie sie so durchschlagen, dass die Kontinuität nicht vollständig aufgehoben ist. Bei Weitem am häufigsten setzen sie Splitterbrüche. Von hohem Interesse ist es nun, dass bei Schüssen auf die verschiedensten Distanzen die Splitterungszone in den einzelnen Diaphysen fast genau die gleiche Ausdehnung hat: im Oberarme 9—10 cm, dem Schienbeine 10, dem Oberschenkel 12—14 cm. Bei Nahschüssen überwiegen in diesem Abschnitte die kleinen, bei Fernschüssen die großen Splitter. Die typischste Bruchform ist die Schmetterlingsfraktur. Von jedem Splitterbruche gehen Fissuren aus, die bis zu dem benachbarten Gelenke ausstrahlen können. Verhältnismäßig häufig findet man bei Diaphysenbrüchen das deformirte, auch ganz zerrissene Geschoss oder Theile desselben im Körper zurückgehalten.

In den Epiphysen setzen bei Schüssen aus mittlerer oder größerer Entfernung die modernen Geschosse in der Regel Loch- oder Rinnenschüsse; eine Ausnahme machen nur das obere Ende der Tibia und das untere des Humerus. Bei Nahschüssen dagegen ist meist die Spongiosa in mehr oder weniger großer Ausdehnung zermalmt, die Splitterung reicht weit in die Metaphyse hinein, der Ausschuss ist stark erweitert. Die Metaphysenschüsse zeigen Erscheinungen, welche inmitten der Dia- und Epiphysenschüsse stehen. Die einfachsten Schussformen zeigen sich bei den platten Knochen; die Kniescheibe ist meist glatt durchlocht. — Bei den Gelenken finden sich häufiger als sonst einfache Kapseldurchbohrungen; der Hämarthros erreicht einen sehr wechselnden Umfang.

Da auch die Knochen- und Gelenkwunden durch die Mantelgeschosse als aseptisch anzusehen sind — es sei denn, sie wären durch Finger oder Sonde sekundär inficirt worden — so ist's nicht zu verwundern, dass sie wie subkutane verliefen, u. A. alle von K. beobachteten Oberschenkelschussbrüche und Knieverletzungen ohne Eiterung geheilt sind, es kaum je bei Knochen- und Gelenkwunden zu einem operativen Eingriffe gekommen ist. Werden die Schussfrakturen richtig behandelt, bleibt demnach die Wunde aseptisch, so heilen auch kleine vom Periost ganz losgelöste Splitter fest in den Callus ein. Eine Hauptbedingung dazu ist aber — neben kleiner Weichtheilwunde — gute Immobilisation der gebrochenen Glieder und Ruhe; vor dem 4. Tage sollte womöglich kein Mann mit

Oberschenkelschuss einem größeren Transporte unterworfen werden. Gelenkschüsse müssen verhältnismäßig lange im immobilisirenden Verbande liegen bleiben; dann heilen die aseptisch gebliebenen, wenn sie nicht aus zu geringer Entfernung beigebracht sind, oft mit guter Beweglichkeit.

Um noch kurz auf die Erfahrungen bei Schussverletzungen der Körperhöhlen und ihres Inhaltes einzugehen, so ist zu bemerken, dass die des Schädels die häufigste Ursache für den Tod auf dem Schlachtfelde abgeben. Nahschüsse riefen ausgedehnteste Knochen- und Hirnzertrümmerungen hervor, manchmal selbst bei kleinem Ein- und Ausschuss. Nicht wenig Kopfverletzte kamen aber auch in ärztliche Behandlung. War hierbei schon die Art und Entfernung des Transportes von größter Bedeutung, so machte es auch den Eindruck, als seien — abgesehen hiervon — diese Wunden ganz besonders leicht der Infektion ausgesetzt und die Trepanation in der Nähe des Schlachtfeldes ungewöhnlich gefährlich. K. räth von ihr ab, wenn nicht die dringendste Indikation für sie vorliege: Zunahme von Hirndruck, Lähmungen, primärer Sopor oder sichere Zeichen stattgehabter Infektion, besonders ein allmählich sich entwickelnder Hirnabscess.

Herzschüsse haben nächst den Schädelschüssen wohl am häufigsten den schnellen Tod auf dem Schlachtfelde herbeigeführt, andererseits aber scheint es, als ob die kleinkalibrigen Mantelgeschosse auch hier weniger gefährlich wären als die größeren Geschosse früherer Tage. Sicher ist, dass ein penetrirender Herzschuss erst nach $1^1/_2$ Wochen den Tod herbeigeführt hat, und die Engländer nehmen an, dass in diesem Kriege eine Anzahl Herzschüsse, namentlich Streifschüsse der linken Kammerwand, nicht tödlich gewesen, sondern ausgeheilt sind.

Ganz besonders günstigen Verlauf nahmen die meisten Lungenschüsse; ja es liegen eine ganze Anzahl geheilter Schüsse vor, welche Brust-, Bauch- und Beckenhöhle durchdrungen hatten. Schnell tödlich endeten nur ausgedehnte Lungenzerreißungen durch Aufschläger oder solche mit Verletzung der größten Gefäße; meist handelt es sich nur um enge, glattwandige Schusskanäle im Gewebe, die manchmal gar keine Lungensymptome gewährten, namentlich keine Hämoptoë. In der Regel bestand etwas Athemnoth und Cyanose. Hämothorax beobachtete man namentlich nach längeren Transporten, Hämopneumothorax nur selten, fast nie Ausströmen von Luft aus einer Hautöffnung. Zu Empyem kam es selten; pneumonieähnliche Lungeninfiltration war wohl meist durch Blutinfiltration, nicht durch Entzündung in der Nähe des Schusskanals bedingt. Der Verlauf und definitive Ausgang war — bei absolut konservativer Therapie — im Allgemeinen sehr günstig; aber eine 4—5wöchentliche Schonung ist doch dringend wünschenswerth, soll es nicht zu schweren Nachblutungen in die Pleurahöhle kommen. Besonders schlimm waren solche Blutungen, welche, gleich nach der Verletzung beginnend oder

auch später einsetzend, sich unstillbar über Tage und Wochen hinzogen. K. hat 4 solche Fälle beobachtet, die alle zwischen dem 4. und 32. Tage tödlich endeten. In einem derselben fand man bei der Sektion einen Knochensplitter in einer Lungenarterie stecken. Zu einem größeren operativen Eingriffe zwecks Blutstillung konnte man sich nicht entschließen[1].

In ganz auffallender Weise hat sich mit der Einführung der modernen Geschosse die Prognose der Bauchschüsse gebessert; während früher von solchen im Durchschnitte nur 20 von 100 am Leben erhalten werden konnten, gelang dies im südafrikanischen Kriege sowohl bei englischen wie deutschen Chirurgen in etwa 60% der Fälle, und zwar ohne dass ein operativer Eingriff gemacht wurde, der in den meisten Fällen sogar nur nachtheilig wirkte und desshalb später fast ganz unterlassen wurde, nur noch für Bauchschüsse mit gefährlicher innerer Blutung als indicirt galt. Es ist sicher gestellt, dass in einigen Fällen das Geschoss zwischen den — meist leeren — Därmen hindurchdrang, ohne den Darm überhaupt zu verletzen, in anderen nur kleine Perforationsöffnungen in ihm setzte, die durch Schleimhautvorfall oder Verklebungen der Serosa mit der Nachbarschaft rasch verlegt wurden und definitiv — manchmal erst nach Entstehung eines umschriebenen Kothabscesses — ausheilten. Zu einem solchen Verlaufe ist aber absolute Ruhe und absolute Diät des Verletzten erforderlich, jeder erschütternde Transport von Nachtheil. Auch 4 Magenschüsse und 4 von 5 Nierenschüssen wurden geheilt.

Im Gegensatze zu diesen Verletzungen durch die modernen Kleingewehrgeschosse boten die durch Shrapnelkugeln im Allgemeinen die Symptome der früheren Verletzungen durch abgeschwächte Geschosse der alten Infanteriegewehre. **Richter** (Breslau).

---

9) **H. Strehl.** Erfahrungen auf dem Kriegsschauplatze in Südafrika 1900.

(Vortrag im Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg i/Pr. 1900.)

Der Vortr., aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Königsberg i/Pr., war vom Centralkomité des deutschen Rothen Kreuzes mit der dritten und letzten Expedition nach Südafrika abgesendet und zunächst von Anfang Mai an mit der Leitung des deutschen Ambulanzzuges zwischen Bloemfontein-Pretoria beauftragt worden. Dann hatte er mit seiner Ausrüstung für 100 Betten nebst sehr reichlichem Verbandmateriale nach einander in Heilbronn, Bethlehem und Fouriesburg Lazarette etablirt und wurde beim Einmarsche der

[1] Anmerkung. In einem Falle unstillbarer Spätblutung aus einem alten Lungenschusskanale (Selbstmordversuch) hat v. Mikulicz 3 Rippen resecirt und durch Penghawartampons die Lunge gegen ihre Wurzel hin komprimirt. Die Blutung stand danach definitiv. (Ref.)

Engländer stets nebst seinen auf Ochsenwagen verladenen Kranken durch die Vorposten wieder zu den Boeren hindurch gelassen. Als der ganze Orangefreistaat von den Boeren geräumt war, wurde die Heimreise angetreten, am 2. August.

Von Verwundungen durch blanke Waffen hat S. 2 penetrirende Stichwunden der Brust bei einem Polizisten gesehen, der außerdem noch einen dreifachen komplicirten Schädelbruch aufwies, da er von Kaffern mit Keulen und kurzen Speeren (Assagais) bearbeitet worden war; obwohl anfänglich Sprachstörungen und Lähmungen bestanden, trat ohne Eingriff volle Genesung ein.

Über 82 Schussverletzungen besitzt S. Aufzeichnungen. Darunter befinden sich 25 Gliedmaßenverwundungen, 13mal war die obere, 10mal die untere Extremität, 2mal beide getroffen. Die Diaphysenschüsse aus der Nähe zeigten große Ausschussöffnungen bis zu Handtellergröße, Muskelfetzen hingen aus der Wunde heraus, darin zersprengt größere und kleinere Knochenstücke, die Knochenschäfte selbst waren auf weite Strecken zertrümmert. Bei den Diaphysenschüssen aus weiteren Abständen fanden sich zwar auch lange Splitterungen der Knochen, allein die kleinen Hautöffnungen geben ihnen mehr einen subkutanen Charakter. S. hat Oberschenkelschussbrüche schon nach 3—4 Tagen mit einer Gipshose und Kappeler'schem Bügel aufstehen lassen. Bei fast allen Schussbrüchen fand sich im distal gelegenen Gelenke ein Erguss ein, der sich nur langsam zurückbildete, und den S. mindestens in einzelnen Fällen als serös und als Folge von ungünstigen Blutumlaufsverhältnissen ansieht, während Küttner glaubt, dass es sich um Hämarthros in Folge von Fissuren bis ins Gelenk handele.

Im Gegensatze hierzu finden sich bei Epiphysenverletzungen aus Nähe und Ferne meist einfache Durchlochungen ohne Splitterung. So sah S. einen Officier, der, als er mit langen Bügeln, also mit leicht gebeugtem Knie ritt, einen Knieschuss erhielt. Einschuss in der Mitte der Kniescheibe; glatte Durchlochung derselben, dann Ausschuss Mitte der Kniekehle ohne Nerven- und Gefäßverletzung; derselbe wurde glatt geheilt. Auch ein Ellbogenschuss, von einem Aufschläger aus 50 m Abstand herrührend, heilte glatt.

Bei 7 Schädelschüssen aus weiteren Abständen fanden sich gleichfalls Lochschüsse; Hirnsymptome fehlten zwar nicht, bildeten sich aber rasch zurück, Heilung in kurzer Frist. Ein Gesichtsschuss aus 700 m zeigte Einschuss am Foramen infra-orbitale dextr., Ausschuss etwas unterhalb des Proc. mastoideus, glatte Heilung.

Die 12 Lungenschüsse heilten sämmtlich auffallend gut, typischer Verlauf: nur wenn Rippenbruch vorliegt, lebhafterer Schmerz bei der Verletzung, Vermögen der Fortbewegung auf längerer Strecke, dann Zusammenbrechen; mehrmaliges Auswerfen von Blut etwa $^1/_4$ Stunde, selten unmittelbar nach Verletzung, später meist nicht mehr; Pleuraerguss ist fast stets vorhanden, zuweilen aber besteht wohl auch blutige Durchtränkung des Lungenlappens; Kurzathmig-

keit, Stiche, kein Fieber während 3—5 Tagen, Aufstehen nach 8 bis 10 Tagen. Infektion hat S. nie gesehen, der Pleuraerguss wird langsam resorbirt.

Auch S. sah Bauchschüsse ohne Operation und unter geringen Erscheinungen günstig verlaufen, sah auch sowohl Magen- als Darmschüsse heilen. Primäre Laparotomie hält er nur ausnahmsweise bei innerer Blutung angebracht, selbst bei Eintritt von peritonitischen Erscheinungen zieht er Opium- und Eisbehandlung vor.

Ungünstige Prognose haben besonders die Sekundärblutungen.

Knochenschüsse waren immer sehr schmerzhaft, wurden im Augenblicke der Verwundung wie ein fester Schlag mit einem Hammer gefühlt, Weichtheilschüsse dagegen nicht beachtet. Kleine Hautwunden wurden ohne vorhergehende Wunddesinfektion nur mit einem Stücke Jodoformgaze bedeckt und dieses mit Heftpflasterstreifen befestigt. Größere Hautöffnungen erfordern komplicirtere Deckverbände, Frakturen Fixation. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

---

10) **W. Henne.** Die Schussverletzungen durch die schweizerischen Militärgewehre. Zusammengestellt aus den Jahren 1880—1900.

Inaug.-Diss., Aarau, 1900. 123 S. 4 Abbildungen.

Eine ungewöhnlich werthvolle Dissertation. Der 1. Abschnitt bringt die Berichte über 14 Schussverletzungen des Kopfes und Gesichtes, 4 der Wirbelsäule, 7 des Brustkorbes, 2 großer Gefäße, 3 des Unterleibes, 37 der Extremitäten. Dieselben waren erzeugt entweder durch das Vetterli-Geschoss (reines Blei, Kaliber 10,6 mm, Gewicht 20,2 g, Anfangsgeschwindigkeit 400 m), oder durch das Schweizer Ordonnanzgewehr Mod. 1889 Schmidt-Rubin (Hartblei, an der Spitze mit Stahlkappe, Kaliber 7,5 mm, Gewicht 13,7 g, Anfangsgeschwindigkeit 600 m). Der Werth dieser Kasuistik beruht namentlich darin, dass für jeden Fall die verletzende Waffe sichergestellt war, dass mit wenig Ausnahmen die Entfernung feststand, aus welcher diese gewirkt hatte, dass in einzelnen Fällen der Vorgang bei der Verwundung von Zeugen direkt beobachtet war, endlich alle Verletzten früh in ärztliche Behandlung gelangten. Die meisten Krankengeschichten sind dazu mit einer mehr oder weniger ausführlichen Epikrise versehen. Natürlich wollen diese Einzelfälle im Originale studirt werden. Ich möchte nur darauf hinweisen, dass Verf. auch jene Beobachtungen von eigenthümlichen Schädelverletzungen bringt, die Krönlein publicirt hat und deren Deutung — speciell bei den Schüssen, die, längs der Schädelbasis verlaufend, das Gehirn im Ganzen aus der zersprengten Schädelkapsel hinausgeschleudert hatten — durchaus noch nicht sichergestellt ist. H. sucht sie durch den von dem mit 600 m Geschwindigkeit auftreffenden Geschosse auf den Liquor cerebrospinalis ausgeübten Druck zu erklären und kann sich dabei auf das Ergebnis von ihm ausgeübter

Versuchsschüsse berufen. Interessant sind ferner 2 Tangentialschüsse des Schädels, deren einer die Schädelkapsel geöffnet, der andere nur Lamina externa gefurcht hatte und bei welchen es zu doppelseitigen Frakturen der Orbitaldächer kam. In dem tödlich endenden Falle wies die Sektion nach, dass die Frakturen, symmetrisch gelegen, längliche Form hatten, von geschlossener Linie umrandet, je in 3 Stücke gespalten waren und in natürlicher Lage sich befanden, keine Verschiebung gegen die Orbita zeigten. Auch für diese Fälle besteht noch keine einwandsfreie Erklärung ihrer Entstehung.

Interessant ist der Endausgang der gesammelten Verletzungen, von denen übrigens nicht wenige Selbstmordschüsse und aus geringster Entfernung beigebracht waren. Von 12 Schädelschüssen heilten 2, eben so von 7 Brustschüssen (tödlich 3 Herzschüsse und 2 Lungenschüsse, bei denen gleichzeitig Unterleibsorgane verletzt waren); 2 Schussverletzungen großer Gefäße endeten tödlich, von 3 perforirenden Unterleibsschüssen 2; dagegen heilten alle 37 Schussverletzungen der Extremitäten; außerdem ergab die vergleichende Statistik für die durch die kleinkalibrige Ordonnanzwaffe gegenüber den durch Vetterli erzeugten Schusswunden eine bedeutend kürzere Heilungsdauer.

Ein 2. Abschnitt der Dissertation behandelt die Frage der Infektion der Schusswunden. H. findet zunächst unter seinen Fällen, so weit sich solche zur Beantwortung der Frage eignen, dass von 18 Schussverletzungen durch Vetterli 3=16,0% Zeichen von Infektion ergaben — in einem von ihnen war die Oberschenkelwunde sofort nach dem steckengebliebenen Geschosse mit der Sonde durchsucht worden, in einem anderen hatte das ricochettirende Geschoss eine starke Gewebszertrümmerung im Innern des Oberschenkels verursacht —, während von 21 Schussverletzungen mit dem kleinkalibrigen Ordonnanzgewehr 2=10% inficirt wurden; in beiden war primär nach dem Geschosse gesucht und mit Fingern und Instrumenten in den Schusskanal eingegangen worden. Im Übrigen zeigten die Krankengeschichten, dass Vetterligeschosse in 15%, die kleinkalibrigen nur in 4% aller in Betracht kommenden Fälle Kleiderfetzen in die Wunde mitgerissen hatten. Um diese Frage vom Mitreißen von Kleiderfetzen durch verschiedene Geschossarten klarzulegen, hat nun H. theils Stücke von Harzseife, theils amputirte menschliche Unterextremitäten beschossen, letztere mit Strumpf, Hose oder Leinwand bekleidet, jene mit solchem Material, daneben aber auch noch — zum Ersatze der elastischen Haut — mit einer elastischen Gummimembran bedeckt. Dabei ergab sich dann, dass nicht deformirte kleinkalibrige Stahlkappengeschosse bei mehr oder weniger rechtwinkligem Auftreffen auf das Ziel nie auch nur kleine Gewebspartikel mitreißen, sondern nur feinste Gewebshärchen, die sich in der ganz kurzen Anfangsstrecke des Schusskanals auffinden lassen. Vetterligeschosse nehmen schon eher kleine Zeugstückchen mit, die Rundkugeln des Shrapnels aber setzen unter allen Umständen einen

Defekt im Tuch, manchmal ein Loch von ihrem eigenen Durchmesser. Abgesehen von diesen Unterschieden wirkt bei den kleinkalibrigen Geschossen die elastische Haut im Momente der Durchbohrung wohl mechanisch reinigend auf deren Außenfläche ein, wie H. durch einige hübsche Versuche sicher bewiesen hat: Beschoss er nämlich einen hautbedeckten Leichentheil mit Geschossen, deren Spitze bis zum Beginne des cylindrischen Theils mit Mennige frisch bestrichen war, so sah er um die Einschussöffnung der Haut einen rothen Ring, in der obersten Partie des Unterhautzellgewebes noch eine Spur rother Färbung, weiterhin im Schusskanale nichts mehr davon. Was aber an Mikroben in die Wunde hineingerissen wird, ist seiner Ansicht nach sicher meist ungefährlich, und sonach sind die Schusswunden mit geringen Ausnahmen als primär nicht inficirt anzusehen.

In einem Anhange behandelt H. endlich noch die Schussverletzungen durch das Holzgeschoss der Exercirmunition und fördert auch diese Frage durch eine reiche Kasuistik von Verletzungsfällen wie eine Anzahl neuer Schießversuche. Er kommt dabei zu dem Resultate, dass derartige Schusswunden verhältnismäßig langsam heilen, und dass die verwertheten Holzgeschosse bis auf eine Distanz von 5 m überhaupt nicht ungefährlich sind, während reine Pulverschüsse — ohne Holzgeschoss — ernstere Verletzungen nur erzeugen, wenn sie à bout portant abgefeuert werden. **Richter** (Breslau).

---

11) **R. U. Krönlein.** Über die Wirkung der Schädel-Hirnschüsse aus unmittelbarer Nähe.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 1.)

Auf dem Chirurgenkongresse 1899 hatte K. an Hand konkreter Beispiele gezeigt, dass Schädel-Hirnschüsse aus direkter Nähe mit dem schweizerischen Repetirgewehre unter Umständen das im Großen und Ganzen unversehrte Gehirn aus dem zertrümmerten Schädel herausschleudern können (Exenteratio cranii), dass ferner bei perforirenden Schädel-Hirnschüssen eine Heilung möglich ist, wenn auch der Schuss bei Vollladung und aus unmittelbarer Nähe erfolgte. In der vorliegenden Arbeit nun werden die Einwände, die gegen K.'s Mittheilungen laut geworden sind, erörtert und gleichzeitig zwei weitere, sehr genau beobachtete und beschriebene Fälle (Henne's) angefügt, bei welchen es sich ebenfalls um Exenteratio cranii resp. um Heilung eines perforirenden Schädel-Hirnschusses aus unmittelbarer Nähe gehandelt hatte. Damit ist die Kasuistik der ersteren Verletzungsform auf 3, die der letzteren auf 2 Fälle gestiegen. Bei jenen verlief der Schusskanal jeweils nahe der Schädelbasis, der Schuss erfolgte auf eine Entfernung von höchstens 7 m. Für diese ist nach K. und Henne charakteristisch, dass die Schussrichtung tangential verläuft, und dass nur ein kleines Segment der Großhirnhemisphäre perforirt wird. **Honsell** (Tübingen).

12) **A. E. Smith.** To remove burnt powder from the skin.
(Buffalo med. journ. 1900. November.)

Um bei Pulververbrennungen der Haut die nachträgliche Entstellung durch Einheilung der Pulverkörner und Schwärzung zu vermeiden, schlägt Verf. vor, 10—12 Stunden nach der Verletzung die durch exsudative Entzündung abgehobenen Hautpartien in Narkose zu entfernen und die so entstandene Wundfläche durch Abreiben mit Wasser und Seife von den noch restirenden Pulverkörnern zu befreien.

In einem so behandelten Falle von Gesichtsverbrennung trat glatte Heilung mit kaum bemerkbarer Schwarzfärbung ein.

Mohr (Bielefeld).

Kleinere Mittheilungen.

13) **Lagarde** (United States Army). Blessures par balles de fusils de calibre réduit (résultats fournis par la campagne de Santiago).
(Vortrag in der Sektion für Militärmedicin beim XIII. internat. Kongresse in Paris.)
(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1900. Oktober.)

Obgleich die meisten der hier zusammengestellten Erfahrungen schon früher hier berichtet sind, wird es doch nicht uninteressant sein, sie nochmals zu besprechen. Sie gründen sich auf 1400 Verwundungen.

1) Hinsichtlich der mehrfach hervorgehobenen Ansicht, dass der unmittelbare Verwundungschok durch das kleine Kaliber nicht hinreicht, um den Kämpfer außer Gefecht zu setzen, hebt L. hervor, ihm sei von allen Officieren mitgetheilt worden, dass in der Regel der Verwundete sofort hinstürze. Ausnahmen seien selten gewesen.

2) Explosive Wirkung sei selten beobachtet worden. Doch rühre dies nur allein daher, dass in Folge der Geländebeschaffenheit die meisten Verwundungen aus großer Entfernung bewirkt worden seien, wie u. A. auch das in 10% beobachtete häufige Steckenbleiben der Geschosse beweise; auch seien die Aufschlägerschüsse und Geschossdeformationen häufig gewesen.

3) Die Verwundungen der Weichtheile heilten rasch, meist ohne Infektion. Wo solche eintrat, war nur ein kleiner Schorf, darunter ein paar Tropfen Eiter am Ausschusse vorhanden.

4) Nicht ein Mann starb an äußerer Blutung, auf dem Schlachtfelde war keine Unterbindung nöthig. Dagegen wurden A. femoralis, iliaca ext. und cubitalis je 1mal, A. radialis und subclavia je 2mal wegen Aneurysma unterbunden. 5mal wurde Gangrän nach Zerreißung von Blutgefäßen beobachtet und nöthigte zur Amputation.

5) Die Schussbrüche der Knochenschäfte waren in der Regel gesplittert, doch wurde auch eine Anzahl von Durchlochungen und Rinnenbildung ohne Bruch beobachtet. Selten nöthigte größere Splitterung zur Entfernung abgelöster Splitter.

6) Bei den Verwundungen der Gelenkenden war die glatte Durchlochung ohne Fraktur die Regel. Nach dem Berichte des Generalstabsarztes wurde von 17 Männern mit Knieverwundungen nicht ein einziger amputirt, keiner starb, 14 wurden wieder dienstfähig, 3 invalide.

7) Die 31 Brüche der Kopfknochen hatten eine Sterblichkeit von 58,1%. Mehrfach war die Ausdehnung der Frakturen und die Zerreißung der Hirnmasse sehr erheblich. Dagegen zeigten wieder Andere, wohl aus weitem Abstande, sowohl am Knocheneinschusse als Ausschusse glatte Ränder und überraschend geringe Hirnerscheinungen. Bei Rinnenschüssen war die Tabula interna in weiter

Ausdehnung gesplittert. Ein Geschoss, das über dem linken Auge eingetreten war, blieb ohne Hirnsymptome in der Schädelhöhle, wie durch Radiographie nachgewiesen wurde, noch 15 Monate nach Verwundung.

8) 53 penetrirende Brustwunden hatten nur eine Sterblichkeit von 24,5%, mehr als die Hälfte blieb dem Dienste erhalten. Doch waren häufig Komplikationen (Hämathorax, Pyothorax etc.) eingetreten, unter den 24 Kranken Greenleaf's bei 37%.

9) Perforirende Bauchwunden waren sehr gefährlich, von den 41 Verwundeten starben 29 = 70,7% an Chok oder Blutung, anscheinend aus kurzer Entfernung getroffen und von vorn herein hoffnungslos. Die 12 Genesenen schienen dagegen aus großen Abständen verwundet zu sein. 3 Laparotomien hatten keinen Erfolg.

10) Kleiderfetzen oder andere infektiöse Massen fanden sich nicht in den Schussröhren.

Die beiden im Hospitalschiffe »Relief« und im Hauptreservelazarette zu Key-West stationirten Röntgenapparate erwiesen sich sehr nützlich, und zwar für die Lokalisation der Geschosse, für die Bestimmung der Ausdehnung der Knochenverletzung, zumal in der Nachbarschaft der Gelenke, für die Erkennung von Rinnenschüssen und Durchlochung der Knochen ohne Bruch, endlich für Auffinden von Splittern, die Nerven oder Sehnen verletzten.

Bei 64 auf dem Schlachtfelde Gefallenen wurde die verletzte Körpergegend festgestellt; es waren verwundet:

26 = 40,6% am Kopfe,
19 = 29,6% am Unterleibe,
17 = 26,5% an der Brust,
1 = 15,6% am Oberschenkel,
1 = 15,6% am Unterschenkel.

Eine Tabelle giebt eine vergleichende Statistik über die Verwundungen im Bürger- und im Kubanischen Kriege, in der der erhebliche Unterschied der Sterblichkeit unter den Brustwunden mit 11,40% gegen 27,85% auffällt.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

14) **Finot.** La service de santé de l'avant à la colonne de Sikasso (Soudan français).

(Arch. de méd. et de pharm. militaires. 1900. No. 7.)

Verf. war einer zum Vormarsche im französischen Sudan bestimmten Kolonne von 1618 Mann Kopfstärke, darunter 90 Europäer, als Chefarzt beigegeben und hatte gleichzeitig den speciellen Truppendienst so wie auch den Dienst bei einer Ambulance zu versehen. Außer diesen Kombattanten waren der Kolonne noch in wechselnder Zahl 300—1500 eingeborene Träger beigegeben, 22 davon der Ambulanz, welcher 1 Sänitätskorporal, 1 Sanitätssoldat und 4 Hilfssanitätssoldaten zugetheilt wurden. Jede Truppeneinheit erhielt einen kleinen Medicin- und Bandagenkasten, in welch letzterem die Verbandpäckchen (Pansements individuels) die Hauptrolle spielten, wie auch in den Ambulanzkästen. Da nur wenige Krankentragen vorhanden waren, improvisirte sich F. deren eine ganze Anzahl aus gewöhnlichen Hängematten.

Im Ganzen kamen 173 Verwundungen vor, etwa 10% der Truppe, abgesehen von 11 Verwundeten der Trägerkolonne, über welche merkwürdigerweise nicht mit berichtet wird. Von den 163 wichtigeren Verwundungen betrafen 69 die unteren, 45 die oberen Gliedmaßen, 28 den Rumpf und 21 den Kopf und Hals. Rasch geheilt wurden nur 10, darunter 1 nicht penetrirende Brust- und 1 Kopfwunde, 2 Hals-, 2 Arm-, 2 Hand-, 2 Unterschenkel, sämmtlich nur Weichtheilwunden. Nach rückwärts gelegenen Lazaretten wurden evakuirt 135, wogegen 17 bereits in der Ambulanz starben. Diese vertheilten sich auf die Verwundungen der einzelnen Körperregionen folgendermaßen: Wunden des Rumpfes 10 = 35,7, des Kopfes und Halses 3 = 14,3, der oberen Gliedmaßen 2 = 4,4, der unteren 2 = 2,9%. Von den 8 penetrirenden Bauchwunden endeten innerhalb weniger Stunden 6 oder 75% tödlich, entsprechend den Erfahrungen aus älterer Zeit. Auch die Sterblich-

keit unter den 7 penetrirenden Brustwunden mit 2 = 28,6% ist vergleichsweise recht hoch gegenüber den sonstigen Erfahrungen in der Ära der kleinkalibrigen Feuerwaffen.

Sehr groß ist verhältnismäßig die Zahl der sofort vor dem Feinde Gefallenen und der alsbald Gestorbenen, welche zusammen 63 beträgt, d. h. also 3,28% der ganzen Truppe oder 27,9% aller Verwundeten und Gefallenen zusammen; auf je 1 Gefallenen kommen 3,5 Gesammtverlust. Leider konnte nur an 22 der Sitz der tödlichen Verwundung festgestellt werden, 5 hatten Wunden des Schädels, 3 des Halses, 9 der Brust, 4 des Unterleibes, 1 der Hüftgegend. Freilich sind diese Zahlen zu klein für eine zuverlässige Statistik, doch bleibt die große Zahl der sogleich tödlichen Brustschüsse auffallend.

Weiter hat Verf. versucht, die Art des verwundenden Geschosses und Gewehres festzustellen. Da dies jedoch nur nach der Kleinheit der Einschussöffnung u. dgl. zu schätzen ist, kann von sicheren Ergebnissen nicht die Rede sein.

Hinzufügen wollen wir noch, dass für die Verbände Kohle mit Karbolsäure getränkt verwendet und für den Sturm vorher in Vorrath hergestellt wurde, so wie dass stets auch Karbollösungen benutzt wurden.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

15) **Olivier.** Hémisection de la moëlle épinière dorsale par coup d'épée-baionnette du modèle 1886.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1900. September.)

16) **Sieur** (Paris). Des plaies pénétrantes de l'abdomen produites par l'épée-baionnette Lebel.

(Ibid. November u. December.)

1) Ein Soldat erhielt, als er nach unten gebückt auf seinem Bette saß, einen Stich in den Rücken mit dem Haubajonett, welches dort stecken blieb und erst herausgezogen werden musste; es zeigte keine Scharte. Die kleine dreieckige Wunde befand sich 3 cm links von der Mittellinie zwischen 9. und 10. Rückenwirbel, aus ihr sickerte etwas Blut, keine seröse Flüssigkeit. Sofortiger Eintritt beiderseitiger motorischer Lähmung, rechts von der Fußsohle bis zur Crista ileum. Hauthyperästhesie, links Unempfindlichkeit gegen Schmerz und thermische Reize; nur die Cremasterreflexe sind erhalten, wenn auch abgeschwächt, Knie- und Achillessehnenreflexe beiderseits aufgehoben; Harn und Stuhl zurückgehalten; nur flüchtige Schmerzen nach dem Zwerchfelle zu; Abends leichte Temperaturerhöhung; abwartende Behandlung. Im Verlaufe traten Erscheinungen einer Meningomyelitis auf, welche etwa 14 Tage anhielten. Dann aber begannen sämmtliche Erscheinungen zurückzugehen, zuerst die Lähmung der Harnblase und des Darmes, dann die der Beine. Nach 9 Monaten besteht noch Unmöglichkeit sich aufzurichten, die Reflexe kehren zurück, bleiben rechts etwas verstärkt, die verschiedenen Arten der Empfindung sind etwas herabgesetzt, links mehr als rechts, nur der rechte Fußrücken bleibt hyperästhetisch; namentlich rechts ist noch motorische Schwäche, besonders in den Extensoren und Flexoren, das rechte Bein ist dünner; an diesem bestehen auch Kontrakturen, der rechte Fuß ist nach innen gezogen. Nach längerer Zeit bessern sich die motorischen Lähmungen noch weiter, so dass der Mann sich selbst erheben und mit Hilfe von Krücken auch fortbewegen kann, das rechte Bein bleibt aber dünner und schleppt nach.

Diese Krankengeschichte ist sehr interessant, entspricht durchaus der Annahme einer rechtsseitigen Halbsektion.

2) S. stellt eine Anzahl von 20 Verwundungen des Unterleibes durch das Bajonett zusammen; 8mal war der Bauch von einer Seite bis zur anderen durchbohrt, 12mal die Waffe 5—25 cm eingedrungen. Von Letzteren starben 4, von Ersteren nur 1, zusammen 5 in wenigen Minuten bis Stunden', und zwar nur 1 an peritonitischen Erscheinungen, die Anderen an Blutung. Von den 15 Genesenen hatten die Meisten überhaupt gar keine Erscheinungen, so dass S. zu dem Schlusse gelangt, dass die Dünndarmschlingen dem langsam eindringenden Bajonett aus-

gewichen und überhaupt nicht verletzt worden seien. Um diese Möglichkeit festzustellen, machte S. nun Versuche an 6 Hunden, doch fand er bei ihnen 5mal Darmwunden, was er auf die Dicke und Unnachgiebigkeit der Darmwandungen bei diesen Thieren zurückführt. Er stellte daher auch an menschlichen Leichen, deren Unterleib noch nicht erkaltet, wo die Dünndärme also noch schlüpfrig und elastisch waren, weitere Versuche an und fand unter 13 Versuchen nur 7mal Darmverwundungen, sei es allein oder in Verbindung mit Verwundungen von Drüsen oder Gefäßen.

Hieraus schließt nun S., dass die Bajonettwunden des Unterleibes relativ gutartig seien, unterscheidet aber 3 Regionen des Leibes, je nach der Gefährlichkeit dieser Wunden. Die meist gefährdete Gegend ist die nach vorn und unmittelbar zu beiden Seiten von der Wirbelsäule, wo sich die großen Gefäße, Speiseröhre, Pylorus, der Hilus der Leber und Nieren, so wie die weniger beweglichen Theile des Duodenums und der Dickdarm befinden. Weniger gefährdet ist die Gegend der Leber und des Magens, zumal wenn letzterer leer ist. Am wenigsten gefährlich sind die Verletzungen der weiter nach vorn und mehr seitlich gelegenen Zone, überall da, wo die Därme und Gefäße länger angeheftet sind und nicht auf festem Grunde aufliegen. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

Einige Bemerkungen zu dem Aufsatze des Herrn Prof. v. Gubaroff „Über ein Verfahren zur Restitution des durchschnittenen Ureters vermittels direkter Vernähung desselben“.

Von

*Prof. **A. d'Antona** in Neapel.*

Das von Prof. Gubaroff als eigen angegebene Verfahren ist schon im März 1887 auf Grund zahlreicher Thierversuche von Poggi[1] vorgeschlagen worden und von mir im Jahre 1895 mit ausgezeichnetem Erfolge klinisch erprobt. Es handelte sich damals um die bei der Ausschälung einer großen intraligamentären Cyste stattgefundene Durchschneidung des rechten Harnleiters, und ich versuchte die Invagination des oberen Endes in das untere, indem ich das obere mit 3 Katgutschlingen versah und dieselben durch die Wand des unteren Endes von innen nach außen durchzog, so dass bei Knüpfung der Fäden das obere Ende in das untere invaginirt wurde. Die Invagination wurde mit anderen oberflächlichen Nähten gesichert, und der Fall kam nach 2 Wochen zur Heilung. Prof. Gubaroff will sich die Invagination dadurch erleichtern, dass er den freien Rand des unteren Endes spaltet; aber auch diese kleine Änderung ist schon von Boari in seinem ausgezeichneten Buche[2] auf p. 156 abgebildet worden, und dort findet man p. 139 u. f. auch meinen Fall in extenso berichtet. Ich hätte von dieser Bemerkung Abstand genommen, wenn ich nicht leider schmerzhaft empfunden hätte, dass man, wie Boari in der Vorrede seines erwähnten Buches betont, sehr leicht die italienischen Errungenschaften übersieht.

[1] *A. Poggi, La guarigione immediate delle ferite trasversali dell' uretere. Riforma med. 1887. No. 53 u. 54.*

[2] *A. Boari, Chirurgica dell' uretere. Roma, Soc. Editrice Dante Alighieri 1900.*

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 11. **Sonnabend, den 16. März.** **1901.**

XXX. Chirurgenkongress.

Um möglichst rasch nach alter Weise im Centralblatte einen sachlich richtigen Bericht über die Ergebnisse des Kongresses bringen zu können, bitte ich die Herren, welche auf demselben Vorträge halten werden, mir recht bald nach der Sitzung einen Selbstbericht über solche in Berlin zu übergeben oder nach Breslau, Kaiser Wilhelmstraße 115, einzusenden. ***Richter.***

I.

(Aus der Kgl. chirurgischen Klinik zu Königsberg [Prof. v. Eiselsberg].)

Hilfsmittel zur Demonstration und zum Studium der Röntgenplatten.

Von

Privatdocenten Dr. K. Ludloff.

In der Königsberger chirurgischen Klinik werden schon seit mehreren Jahren zur Demonstration und zum Studium von Röntgenaufnahmen ganz ausschließlich die Plattennegative verwandt. Sollten die Bilder einem größeren Publikum demonstrirt werden, so hatten wir das bisher mit Hilfe des Skioptikons und verkleinerter Diapositive gethan. In der jüngsten Zeit haben wir den Hirschmann-schen Apparat zur Demonstration der Originalplatten selbst benutzt. Dieser Apparat besteht im Wesentlichen aus einem Kasten auf einem leicht transportablen Stativ. Ins Innere dieses Kastens werfen ein Stern von elektrischen Lampen und mehrere Spiegelflächen ihr Licht auf eine matte Scheibe. Vor dieser ziemlich gleichmäßig diffus erleuchteten Fläche werden in passenden Blendrahmen die Plattennegative aufgestellt. In einem sonst total verdunkelten Zimmer leistet diese Vorrichtung wirklich Vorzügliches, besonders wenn man je nach der »Dichtigkeit« der Platten das Licht abstuft.

Aus theoretischen Erwägungen kam ich dazu, derartig gleichmäßig und gut durchleuchtete Platten mit einem scharfen Theaterglase in einer Entfernung von 3—10 m zu betrachten, und war nun ganz erstaunt, um wieviel deutlicher die Bilder hierdurch wurden. Bei großen Platten von Becken, Wirbelsäulen und Köpfen wurde das besonders frappant. Selbst flaue Negative erschienen viel kontrastreicher und zeigten mehr Details als bei größerer Nähe mit bloßem Auge, wo häufig die Helligkeit störend einwirkte.

Ein Hauptvortheil liegt eben darin, dass man die großen Platten auf diese Weise auf einmal ganz übersieht, ohne dass hierdurch die Details verschwinden. Auffallenderweise erscheinen durch das Opernglas die Bilder, hauptsächlich die Beckenphotogramme, viel plastischer.

Es ist selbstverständlich, dass zu diesem Zwecke nicht gerade der Hirschmann'sche Apparat unbedingt nothwendig ist, und dass ein Fenster (nach Norden) mit passenden Blendrahmen und Vorhängen in einem Dunkelzimmer dasselbe leisten kann, aber für uns ist es doch sehr angenehm, durch diesen »Beleuchtungskasten« bei der Betrachtung mit dem Opernglas unabhängig vom Tageslicht und von der Witterung zu sein.

Ähnliche Vorzüge ergeben sich übrigens für das genauere Studium, wenn man die kleinen Diapositive (8:10) auf dem Retouchirgestelle in sonst verdunkeltem Zimmer durch eine Lupe mit großem

Durchmesser, einem sog. Leseglas, betrachtet. Auch hier ist man erstaunt, dass sich Manches plötzlich enthüllt, was man vorher auf der Originalplatte zuerst übersehen hatte.

Nach unseren Erfahrungen also können wir diese beiden einfachen und billigen Hilfsmittel nur bestens zur Anwendung empfehlen.

II.

(Aus dem Diakonissen-Krankenhause zu Kaiserswerth. Dirig. Arzt Dr. Lympius.)

Ein Beitrag zur Äthernarkose.

Von

Dr. W. Reinhard.

Angeregt durch eine Veröffentlichung von Herrn. Dr. Hoffmann in No. 3 dieses Centralblattes möchte ich zur Frage der Äthernarkose im Nachstehenden einen weiteren Beitrag liefern.

Zu den übelsten und unangenehmsten Nebenerscheinungen der Äthernarkose gehört die manchmal ganz kolossale Absonderung von Speichel und Schleim seitens des Mundes und der Respirationsorgane, als deren Folgeerscheinungen Lungenaffektionen: Bronchitiden, Pneumonien, bekannt sind. Schon seit einigen Jahren wird im hiesigen Krankenhause bei Äthernarkosen Zwecks Einschränkung dieser Sekretion Atropin mit bestem Erfolge verwandt. Pneumonien und Bronchitiden kommen nach Äthernarkosen kaum vor. Allerdings giebt es ja im Verlaufe der Narkose und Operation noch andere Momente, welche Pneumonien hervorzurufen im Stande sind, aber die post operationen auftretenden Lungenkomplikationen, die der Schleim- und Speichelsekretion zur Last zu legen sind, werden durch Atropingabe auf ein Minimum beschränkt. Zweckmäßig kann man Atropin mit Morphin oder Codeïn verbinden.

Atropini sulf. 0,01
Morphin. muriat. 0,2
Aq. dest. 10,0.
MDS. Zur subkutanen Injektion.

Davon wird nach den Verhältnissen $1/2$—1 Spritze $3/4$—1 Stunde vor der Einleitung der Narkose injicirt.

Üble Folgeerscheinungen wurden nie bemerkt, zumal da ja auch das Morphin im Stande ist, die meisten der unangenehmen Wirkungen des Atropins zu paralysiren. Zuweilen gaben Pat. auf Befragen an, Trockenheit und Kratzen im Halse zu verspüren. Es wäre ferner noch zu erwähnen, dass Atropin Herzschwäche und Schwäche des Athemcentrums in der Medulla oblongata zu heben und so einen guten Verlauf der Narkose auch in dieser Hinsicht nicht unwesentlich zu unterstützen vermag.

III.

Das Benzin in der Chirurgie.

Von

Dr. **Felix Franke**,

Chefarzt des Diakonissenhauses Marienstift zu Braunschweig.

Mit Rücksicht auf den durch die drohende Steuer bald höher steigenden Preis des Äthers erlaube ich mir die Herren Kollegen auf den für manche Fälle vollen Ersatz desselben durch das Benzin hinzuweisen, das meines Wissens trotz einiger Vortheile, die es vor dem Äther voraus hat, bei Weitem noch nicht von den Ärzten und insbesondere den Chirurgen in dem Maße angewandt wird, als es verdient. Ich selbst bediene mich seiner in der Privatpraxis und im Krankenhause schon seit Jahren, bekam allerdings im Anfange und bekomme auch jetzt noch öfters nach meiner Empfehlung desselben höchst verwunderte Gesichter zu sehen, dass ich das »Fleckenwasser« für den Menschen gebrauche.

Ich verwende es nur äußerlich zur Reinigung der Haut. Mit Theer und Fett beschmierte Hände der Fabrikarbeiter, Eisenbahnangestellten u. A. werden schnell mittels Benzins gereinigt, Salbenreste lassen sich mit seiner Hilfe leicht entfernen etc., die Ablösung der so gut klebenden verschiedenen Kautschukpflaster, deren einfache Ablösung dem Kranken oft nicht unerhebliche Schmerzen verursacht, geht leicht und schmerzlos von Statten, wenn man mit einem benzingetränkten Tupfer oder Wattebausch nach erster Ablösung einer Ecke des Pflasters fortwährend beim Abziehen zwischen Haut und Pflaster nachstreicht. Weitere Verwendung, z. B. zur Flüssigermachung von Ölen und Fetten, ergiebt sich von selbst.

Auf die gewöhnlichen Eiterbakterien scheint das Benzin nach allerdings nur spärlichen, von meinem Assistenten, Herrn Wiehe, angestellten Versuchen ohne erheblichen Einfluss zu sein.

Vor dem Äther hat das Benzin für die besprochene Anwendungsweise folgende hauptsächliche Vortheile: es ist bedeutend billiger, was für irgend größere Betriebe schon in die Wagschale fällt; es kühlt die Haut nicht so unangenehm ab wie der Äther; auch auf zarter Haut und selbst auf Wunden, z. B. oberflächlichen Hautabschürfungen, die in Berührung mit Äther heftig brennen, erzeugt es keinen Schmerz, höchstens, aber selten, ein leichtes Brennen.

Irgend welche Nachtheile sind mir beim jahrelangen Gebrauche des Benzins bisher nicht aufgefallen. Der Geruch ist manchen Kranken angenehmer, als der des Äthers, zumal solchen, die schon einmal narkotisirt sind und durch den Äthergeruch wieder an die Narkose erinnert werden.

---

1) **A. Strauss.** Über die Funktion des Harnröhrenschließapparates bei Injektionen.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane 1900. No. 12.)

Verf. stellt sich die Frage: Gelangt bei den mit den gebräuchlichen Tripperspritzen vorgenommenen Einspritzungen in die Harnröhre ein Theil der injicirten Flüssigkeit in die Pars posterior oder in die Blase? Durch in 2 Tabellen angeführte Versuche zeigt er, dass, wenn man nur so lange und so viel einspritzt, bis Spannungsgefühl in der Harnröhre eintritt, alle Flüssigkeit wieder aus derselben entleert wird, dass aber, wenn man mehr einspritzt, ein Theil zurückbleibt. Er verneint daher obige Frage und behauptet, dass bei den gebräuchlichen Einspritzungen, falls die Spritze nicht mehr als 40 ccm fasst, der Stempel leicht verschiebbar ist und der Kranke langsam, gleichmäßig so viel injicirt, als in seiner Harnröhre Platz findet, so dass er kein Spannungsgefühl bekommt, keine Flüssigkeit in den hinteren Theil der Harnröhre dringen wird. Die Flüssigkeitsmenge, die sich auf diese Weise injiciren lässt, ist verschieden; sie bleibt bei entzündlichen Zuständen der Harnröhre meist unter 10 ccm (5—8 ccm). **Brunner** (Zürich).

---

2) **B. Goldberg.** Die Urethrotomia interna.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 393.)

Während die Intra-urethrotomie im Auslande tausendfach ausgeführt und sehr geschätzt wird, ist sie in Deutschland bekanntlich wenig beliebt und anerkannt. G., in Wildungen prakticirend, tritt in dieser Arbeit energisch für sie ein und bringt als Beleg für seine Empfehlungen die Erfolge seiner eigenen einschlägigen Operationserfahrungen bei, die allerdings recht gut sind, aber sich nur auf 9 Fälle erstrecken.

G. hält sich in der Technik an Guyon. Danach ist das Maisonneuve'sche Instrument zu benutzen und der Schnitt in die obere Harnröhrenwand anzulegen, wobei strenge Antisepsis unerlässlich ist. Zur Nachbehandlung ist ein Verweilkatheter einzulegen, welcher um 2—3 Charrièrenummern dünner ist, als die Schneide des gebrauchten Messers, und durch welchen desinficirende Injektionen von Höllenstein- bez. Borsäurelösung zu machen sind. Anästhesie bei der Operation ist unnöthig.

Eine Mortalität ist der Operation als solcher nicht zuzuschreiben, eben so wenig Gefahr irgend welcher Komplikationen, als Blutung, Urininfiltration, Infektion oder Fieber. Im Gegentheil wird letzteres, so weit es durch Stauung inficirten Harnes bedingt ist, rasch nach einer gelungenen Operation beseitigt, und gilt das zur Zeit bestehende »pleine fièvre« in Guyon's Klinik durchaus nicht als Gegenanzeige gegen die Vornahme derselben. Um das Resultat der Operation aber zu einem dauernden zu machen, ist, wie auch nach

den konkurrirenden Heilmethoden, insbesondere auch der Extraurethrotomie, eine Bougienachbehandlung im Allgemeinen unentbehrlich.

Die einschlägige Litteratur (Verzeichnis von 36 Nummern) ist herangezogen. Man gewinnt aus der Abhandlung den Eindruck, dass die empfohlene Operation eine sehr leistungsfähige ist, vorausgesetzt, dass der Operateur ein genügendes Instrumentarium und Geschicklichkeit besitzt und — was unerlässlich sein dürfte, aber von G. nicht hervorgehoben wird — dass die Striktur mit einem Filiformbougie zu passiren war! **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

3) **Kreissl.** The management of senile enlargement of the prostate, with especial reference to the galvanocaustic radical treatment.

(Transactions of the Illinois state med. society.)

K. empfiehlt die Bottini'sche galvanokaustische Incision besonders für beginnende Fälle von Prostatahypertrophie, bei denen wenig oder gar kein Resturin vorhanden ist. Zum Erfolge der Kur ist erforderlich, dass der Arzt völlig vertraut ist mit intra-urethralen und vesicalen Operationen, den Bottini'schen Apparat und seine Handhabung genau kennt, der Diagnose der Prostatahypertrophie völlig sicher ist und sich auch der Lage der einzelnen Prostatalappen genau versichert hat. Sehr wichtig ist richtige Hitze des Brenners und richtige Dauer ihrer Anwendung, wodurch Blutungen vermieden werden. Für Operationen nach ungenauer Diagnose und deren üble Folgen führt K. mehrere Beispiele an.

Trapp (Bückeburg).

---

4) **G. Kulisch.** Über Cystoskopie.

(Sonder-Abdruck aus »Deutsche Praxis« 1900. No. 11, 14—18.)

Der Vortrag giebt ein gedrängtes Bild von der Entwicklung der Cystoskopie bis zum heutigen Tage. Die verschiedenen Methoden des Verfahrens werden kurz beschriebeu und die Grenzen der Leistungsfähigkeit genau festgestellt. Dass Verf. die Verdienste von Hitze ganz besonders anerkennt, ist nicht mehr als recht und billig.

P. Wagner (Leipzig).

---

5) **Kreissl.** The rational treatment of vesical ulcer.

(Chicago med. record 1900. December.)

Für die selten vorkommenden einfachen Blasengeschwüre empfiehlt K. die galvanokaustische Ätzung nach Ausschabung, Beides auf cystoskopischem Wege ausgeführt. **Trapp** (Bückeburg).

---

6) **L. Casper** und **P. F. Richter.** Funktionelle Nierendiagnostik mit besonderer Berücksichtigung der Nierenchirurgie.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1901. 155 S. Mit 2 Holzschnitten.

Durch die Fortschritte der physikalischen Chemie und durch die Einführung der Harnleitersondirung in die Praxis hat die Nierendiagnostik in den letzten Jahren einen erfreulichen Aufschwung genommen. Beide Verff. haben auf diesem Gebiete erfolgreich mitgearbeitet, und sie übergeben nunmehr das Material, das sie im Laufe der letzten Jahre gesammelt und untersucht haben, der Öffentlichkeit.

Es sind zwei Richtungen, in denen wir von der funktionellen Nierendiagnostik Aufschlüsse erwarten: 1) Wir haben zu untersuchen: Wie verschaffen wir uns eine Vorstellung von der Größe der gesammten Nierenarbeit, und wie können wir schließen, ob diese Arbeit eine für den Organismus ausreichende oder nicht genügende ist? 2) Wie gewinnen wir einen Einblick in die Art der Arbeitstheilung der beiden Nieren, wie stellen wir fest, wie groß die Arbeit jeder einzelnen Niere ist?

Bei chirurgischen Niereneingriffen ist es nicht nur nothwendig zu wissen, dass eine zweite secernirende Niere vorhanden ist, sondern man muss sich auch darüber Rechenschaft ablegen, ob diese zweite Niere in normaler Weise so funktionirt, dass sie beim Fortfall der anderen die Funktionen dieser zu übernehmen vermag. Zur Entscheidung dieser Frage sollen alle hierfür angegebenen Untersuchungsmethoden herangezogen werden: bald wird die eine allein, bald werden mehrere zusammen zum Ziele führen. Die sicherste von allen ist die Cystoskopie in Verbindung mit dem Harnleiterkatheterismus. In den höchst seltenen Fällen, in denen die Operation drängt und die Beleuchtungsmethoden zu zeitraubend sind, ist ausnahmsweise ein blutiger Eingriff am Platze.

Das Resultat ihrer Untersuchungen und Befunde fassten die beiden Autoren in folgenden Sätzen zusammen: 1) Die Insufficienz der Nieren lässt sich aus der Untersuchung des Nierensekretes allein nicht feststellen. Die einzige, theoretisch begründete Methode hierfür ist die Untersuchung der molekulären Blutkoncentration nach Koranyi. Es wird Aufgabe der Nierenchirurgie sein, in größerem Umfange als bisher die Grenzen dieser Methode und ihre praktische Verwerthbarkeit darzuthun. 2) Dagegen lässt sich aus dem Nierenprodukt, dem Harne, die Größe der Arbeit jeder Niere (funktionelle Nierendiagnostik) bestimmen, aber nur mit Hilfe des Harnleiterkatheterismus.

Die in Anwendung kommenden beweiskräftigen Methoden hierfür sind: a. Die quantitative Bestimmung einzelner chemischer Bestandtheile in dem getrennt aufgefangenen Nierensekrete, insbesondere des Stickstoffes. b. Werthvoller als diese erweist sich die Bestimmung der molekularen Koncentration des Sekretes jeder Niere. c. Den

allgemeinen Indikator für die Größe der Nierenfunktion liefert die Phloridzinmethode, d. h. die quantitative Bestimmung der nach Phloridzininjektion von jeder Niere ausgeschiedenen Zuckermenge. d. Besonderer Werth ist auf die Übereinstimmung dieser Indikatoren zu legen, von denen namentlich die zwischen den Resultaten der Gefrierpunkts- und Phloridzinmethode eine sehr ausgesprochene ist. e. Es ist für diese Methode nicht erforderlich, den Harn aus beiden Nieren, event. aus einer Niere und Blase während einer längeren Zeitdauer getrennt aufzufangen, sondern es genügt, da es sich nur um Vergleichswerthe handelt, hierfür die kurze Zeit von 10 bis 20 Minuten.

P. Wagner (Leipzig).

---

7) **R. Giani.** La legatura dei vasi dell' ilo renale.

(Sperimentale 1900. No. 6.)

Experimente an Hunden. Transperitoneal (um die Cirkulation der Nierenkapsel nicht zu stören) werden unterbunden a. Nierenarterie, b. Nierenvene, c. Arterie und Vene zusammen.

a. Es entsteht eine anämische Nekrose des gesammten Nierenparenchyms; Albuminurie und Hämaturie. Der Eingriff kann überstanden werden. Nach $2^1/_2$ Stunden tritt Kollateralkreislauf von den Kapselarterien her auf. Das Bindegewebe der Rinde bleibt lebensfähig und wuchert, wodurch eine Art narbiger Schrumpfung eingeleitet wird.

b. Es entsteht zuerst Stase; allmählich bildet sich der Kollateralkreislauf aus, wodurch die Störung allmählich ausgeglichen wird. Das Parenchym zeigt Koagulationsnekrose oder fettige Degeneration und Desquamation, welcher unter Karyokinese eine Regeneration so wie Bindegewebsvermehrung folgt.

c. Alle Versuchsthiere starben. Totale Nekrose des Organs. Suppressio urinae. Als Ursache wird die Bildung toxischer Produkte und ihre Aufnahme in den Kreislauf angeschuldigt. Der Einwurf, der hiergegen leicht zu machen ist, dass dann doch auch bei der Unterbindung der Arterie allein dies der Fall sein müsste, wird nicht erhoben.

Bei Verletzungen der Nierenarterie allein oder von Arterie und Vene ist die Nephrektomie zu machen, bei Verletzung der Vene allein genügt die Unterbindung des Gefäßes.

A. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

8) **G. d'Urso** et **A. de Fabii.** Recherches expérimentales sur l'urétéro-étéroplastique.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1900. No. 11.)

Nach der Ansicht der Verff. hat von allen den verschiedenen Methoden der Wiederherstellung der Kontinuität des Harnleiters das Verfahren der latero-lateralen Anastomose nach Monari die größten Vorzüge, obwohl es bisher am Menschen noch nicht zur Ausführung

gelangt ist. Verff. haben bei ihren Experimentaluntersuchungen eine Reihe von technischen Verbesserungen ersonnen und dadurch die Ausführung der Monari'schen Operation erleichtert und ihren Erfolg gesichert.

Die weiteren Untersuchungen der Verff. betreffen heteroplastische Methoden zur Wiederherstellung der Harnleiterkontinuität. So haben sie bei partieller Harnleiterplastik bei Hündinnen mit Erfolg das eine Uterinhorn interponirt und glauben, dass man beim Weibe die Tube für derartige Interpositionen benutzen kann. Es ist fernerhin auch möglich, einen Harnleiterabschnitt durch eine von der intestinalen Cirkulation isolirte Dünndarmschlinge zu ersetzen. In seinem ganzen Umfange kann der Harnleiter stückweise durch eine isolirte Dünndarmschlinge ersetzt werden, die nach unten direkt in die Blase eingepflanzt wird. Eine derartige totale Uretero-Enteroplastik verursacht weniger Störungen, als eine partielle.

In wie weit diese sicher sehr interessanten experimentellen Untersuchungen beim Menschen praktische Verwerthung finden können, muss weiteren Erfahrungen vorbehalten bleiben.

P. Wagner (Leipzig).

---

9) **J. Albarran.** Néoplasmes primitifs du bassinet et de l'uretère.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1900. No. 7, 9, 11.)

Die primären Neubildungen des Nierenbeckens und des Harnleiters sind sehr selten. Nach der histologischen Beschaffenheit unterscheidet man epitheliale Neubildungen: Papillome und Epitheliome, und vom Mesoderm ausgehende Neubildungen: Sarkome, Myxome und Rhabdomyome.

I. Epitheliale Geschwülste. Am häufigsten sind hier die Papillome, von denen Verf. 18 Beobachtungen zusammenstellen konnte. Sie entwickeln sich meist im Grunde des Nierenbeckens und setzen sich dann nach dem Harnleiter zu fort; primäre Harnleiterpapillome sind ganz außerordentlich selten. Die Nierenbecken- und Harnleiterpapillome haben die größte Ähnlichkeit mit denen der Blase; fast stets handelt es sich um multiple Geschwülste. Von nicht papillären Epitheliomen konnte Verf. nur 13 Fälle zusammenstellen. Vom Ursprungsorte dieser Geschwülste gilt das Gleiche, wie von den Papillomen. Meist handelt es sich um alveoläre, seltener um cylindrische Epitheliome. Eine noch nicht genügend bekannte Form des primären Nierenbeckenkrebses ist das aus Leukoplasien entstehende Epithélioma pavimenteux. Die epithelialen Nierenbecken- und Harnleiterneubildungen können auf die benachbarten Organe weiter fortschreiten und zu ausgedehnteren Drüsenerkrankungen führen. Entwickeln sich die Geschwülste an der oberen Mündung des Harnleiters, so kommt es zu sekundärer Hydro-, Hämato- oder Pyonephrose. Die epithelialen Geschwülste treten am häufigsten zwischen dem 40. bis

60. Jahre auf und sind verschiedene Male gleichzeitig mit Nierenbeckensteinen beobachtet worden.

Die Symptome der primären Nierenbecken- und Harnleiterneubildungen sind in der Hauptsache die gleichen, wie die der primären Nierengeschwülste: Hämaturie, Geschwulstbildung, Schmerz. Manchmal gleichen die Symptome mehr denen der Nephrolithiasis, in vereinzelten Fällen endlich findet man nur die Zeichen einer renalen Retention aus zunächst unbekannter Ursache. Dieser klinische Polymorphismus hat bisher auch sehr erschwerend auf die Stellung einer sicheren klinischen Diagnose gewirkt. Nur in einem Falle von Israel und in 2 vom Verf. mitgetheilten Beobachtungen konnte vor der Operation die Diagnose auf Nierenbeckenpapillom gestellt werden. Und zwar kann sich die Diagnose namentlich auf 4 Thatsachen stützen: 1) Neben den Symptomen einer Nierengeschwulst findet sich gleichzeitig eine Hydro- oder Hämatonephrose. 2) Es wird eine Hämatonephrose festgestellt, ohne dass andere Nierenerscheinungen vorliegen. Hierbei ist natürlich zu beachten, dass eine solche Retention von blutigem Urin auch bei Nierentraumen, Nierensteinen und einfachen Hydronephrosen vorkommt. 3) Man findet in dem durch Harnleiterkatheterismus erhaltenen Harne Geschwulstzellen, und zwar entweder Cylinder- oder Pflasterepithelzellen. 4) Man sieht direkt durch das Cystoskop die aus der Harnleitermündung herausquellenden Geschwulstzotten. Vorsicht vor Verwechslung mit Blasenpapillomen, deren Implantationsstelle im Niveau der Harnleitermündung sitzt. Prognostisch sind sowohl die papillomatösen, als die nicht papillomatösen epithelialen Neubildungen als schwere Erkrankungen anzusehen. Die an und für sich gutartigen Papillome können sich jederzeit in bösartige Epitheliome umwandeln. Hieraus ergiebt sich für die Therapie die wichtige Folgerung, in allen Fällen, auch wenn sie anscheinend noch so gutartig sind, wenn irgend möglich, von vorn herein die totale Nephrektomie vorzunehmen, event. in Verbindung mit der totalen Ureterektomie. Man darf hierbei nicht vergessen, dass die mittleren Partien des Harnleiters vollkommen normal sein können, während der unterste Theil wieder Geschwulstmassen enthält. Setzen sich diese auch auf die Blasenschleimhaut fort, so muss dieser Theil der Schleimhaut von einem hohen Blasenschnitte aus resecirt werden.

II. Mesodermiale Neubildungen. Diese sind noch bedeutend seltener, als die epithelialen Geschwülste. Verf. konnte nur 7 hierher gehörige Beobachtungen zusammenstellen. Diese Geschwülste entwickeln sich entweder nach der Höhle des Nierenbeckens zu (cavitäres Wachsthum), oder sie wachsen excentrisch, ohne in das Nierenbecken oder den Harnleiter selbst einzudringen. Im ersteren Falle gleichen die Geschwülste mehr oder weniger gestielten Polypen und haben meist sekundäre renale Retentionen im Gefolge. Unter den 7 Fällen fanden sich ihrer histologischen Struktur nach 4 Rhabdomyosarkome, 1 Myxom, 1 Angiosarkom und 1 Endothelioma lympha-

ticum. Die Rhabdomyosarkome betrafen Kinder von einigen Monaten bis zu 5 Jahren. Im Übrigen gilt von den mesodermialen Geschwülsten des Nierenbeckens und des Harnleiters dasselbe, wie von den epithelialen.

Anhangsweise theilt Verf. noch eine neue Beobachtung von Nierenbeckenpapillom mit: Schwere, anscheinend essentielle Hämaturie; erst die Nephrektomie deckte die nähere Ursache der Blutung auf. **P. Wagner** (Leipzig).

---

10) **B. C. Hirst** (Philadelphia). Coccygodynie.

(Univers. med. magas. 1900. Mai.)

Während in früheren Jahren die Gynäkologen der Coccygodynie größere Aufmerksamkeit geschenkt haben, scheint dieser Zustand neuerdings weniger Berücksichtigung zu finden. Er findet sich theils als Folge eines Falles auf das Gesäß, theils nach einer Geburt. Die leichteren Grade pflegen von selbst überzugehen, zumal nach Geburten, bei denen eine Dehnung der vorderen Bänder stattgehabt hat. Zuweilen aber zerreißt bei der Geburt eines der Gelenke, oder auch nur das vordere Längsband, oder endlich, wenn eine vollständige Ankylose der Gelenke zwischen den einzelnen Knochen besteht, entsteht eine Fraktur in Folge des Druckes des Kindeskopfes nach rückwärts. Ganz dieselben Kräfte, nur in umgekehrter Richtung sind beim Falle auf den Steiß in Thätigkeit, hier reißt aber das hintere Längsband. Die Anheftung von Sehnen und Bändern gestattet nun den getrennten Theilen nicht die nöthige Ruhe zum Verheilen, bei jedem Schritte, jedem Stuhlgange werden sie gezerrt.

Wie aber kommt nun die Coccygodynie zu Stande, wo weder eine Geburt noch ein Trauma nachzuweisen ist? Bei 2 Kranken dieser Art fand H. außer abnormer Beweglichkeit zwischen 1. und 2. Steißbeinwirbel eine auffallend weiche, dicke Scheibe zwischen den Knochen, alle anderen Gelenke aber waren fest ankylosirt. Werden nun durch irgend eine Ursache, z. B. Anstrengung, gewaltsamen Coitus, oder Abgang einer harten Kothmasse, die Bänder zu stark ausgedehnt, so reißen sie und heilen nicht wieder. Auch dürfte ein neurotisches Element noch hinzukommen.

An den 10 operativ behandelten Fällen fanden sich 6mal Zerreißung eines Gelenkes oder der Bänder, und zwar 2mal am ersten, 4mal am zweiten Gelenke; dabei war stets Verdickung und Erweichung der Intevertebralscheibe vorhanden. 1mal lag vollständige Ankylose des ganzen Steißbeines vor, welches in ganz gerader Linie vom Kreuzbeine nach abwärts verlief, so dass die Kranke jedes Mal beim Hinsetzen das Gefühl hatte, als setze sie sich auf einen Nagel; 2mal bestand Erweichung und Verdickung der Intevertebralscheibe des ersten Gelenkes mit Erschlaffung und Ausdehnung der Bänder. Endlich lag in einem wohl einzig dastehenden Falle ein Schrägbruch durch den 2. Steißbeinwirbel vor. Einen merkwürdigen Befund stellte H. an einer Kranken fest: es war früher einmal ein Gelenk

zerrissen oder ein Knochen gebrochen gewesen, das untere Fragment war dann im rechten Winkel zum oberen nach vorn hin dislocirt und fest verwachsen; hier fehlte der Schmerz, da keine Beweglichkeit vorlag, und damit auch jede Veranlassung zu einem Eingriffe.

Der größte Schmerz wird beim Hinsetzen und Aufrichten verspürt, und suchen die Kranken sich beim Hinsetzen leise auf einen Sitzknochen niederzulassen, während beim Erheben die Hände zu Hilfe genommen werden. Wenn man das Steißbein zwischen den Zeigefinger im Mastdarme und den Daumen in der Gesäßkerbe fasst, kann man das untere Fragment bewegen und zugleich eine scharfe Rinne zwischen den Bruchstücken fühlen. Bei mageren Individuen kann eine scharfe Knickung zwischen beiden Bruchstücken sogar zu einer Reizung der Haut führen, wie H. gesehen hat.

Die einzig mögliche Behandlung besteht in der operativen Entfernung, Coccygektomie. Immerhin thut man gut, einige Monate nach dem Unfalle oder der Geburt abzuwarten, ob nicht die Schmerzhaftigkeit wieder verschwindet, wie in der großen Mehrzahl der Fälle. Nur wenn die Schmerzen so erheblich sind, dass der Allgemeinzustand zu leiden beginnt, ist größere Eile nothwendig. Die Technik der Operation selbst, welche H. 10mal hat ausführen müssen, ist einfach, der Eingriff meist sehr lohnend. Einige Abbildungen der gewonnenen Präparate sind der Abhandlung beigegeben.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

11) **G. Müller.** Pathologie und Therapie der hängenden Schultern.

(Allgemeine med. Centralzeitung 1900. No. 85 u. 86.)

Verf. will als selbständiges Krankheitsbild die Deformität der hängenden Schultern aufstellen, welches als solches in den Lehrbüchern der Orthopädie nicht berücksichtigt wurde. Die von ihm aufgeführten Symptome ähneln den von den Autoren sonst unter der habituellen Kyphose geschilderten. Die Therapie ist analog der dort üblichen und besteht hauptsächlich in Gymnastik, manueller und maschineller Redression, welche bezweckt, die Brust vorzuwölben und die Schultern zurückzuziehen. Demselben Zwecke dient bei hartnäckigen Fällen ein von M. modificirter Nyrop'scher Geradehalter. Die Modifikation beruht im Wesentlichen in dem Anbringen von Beckenbügeln, welche den Zweck haben, dem Apparate über dem Becken einen besseren Stützpunkt zu bieten; er ist in derselben oder ähnlicher Form auch von Andern bereits angewendet worden.

Drehmann (Breslau).

---

12) **E. Schoch.** Die irreponiblen Schulterluxationen und ihre blutige Behandlung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 1.)

Anschließend an einen Fall von irreponibler, mit Fraktur komplicirter Schulterverrenkung, bei dem Bommer durch Arthrotomie

ein vorzügliches Resultat erzielte, bringt S. eine Zusammenstellung und sorgfältige Sichtung der bisherigen Kasuistik (54 Fälle) und kommt hierbei zu folgenden Schlüssen:

1) Die Arthrotomie ist bei frischen, irreponiblen Luxationen des Schultergelenks das Normalverfahren.

2) Auch bei veralteten Fällen soll man zuerst die Arthrotomie versuchen, sie darf aber nicht unter allen Umständen erzwungen werden; ist vorauszusehen, dass bei der Operation der Kopf stark lädirt werde, so schreitet man zur Resektion.

3) Beherrschung der Asepsis ist zur Erzielung eines guten Resultates unbedingt nöthig.

Honsell (Tübingen).

---

13) **Goldflam.** Über Pseudovaginitis capitis longi bicipitis.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 52.)

G. hält die Entzündung der Bicepsscheide im Sulcus intertubercularis, die er in den letzten Jahren in 20 Fällen beobachtet hat, für keine seltene Affektion und glaubt, dass anstatt ihrer oft fälschlicherweise eine Entzündung des Schultergelenkes diagnosticirt werde. Der Nachweis, dass der spontane und der Druckschmerz nur an umschriebener, dem Sulcus entsprechender Stelle empfunden wird, dass Krepitation und Schwellung nur diese betreffen, die Unmöglichkeit, Bewegungen im Schultergelenke auszuführen, nur eine scheinbare, der Schmerz nur während mancher Phasen der Bewegung besonders heftig ist, sichern die Diagnose. G.'s zumeist akut nach Überanstrengungen entstandene Fälle kamen sämtlich zur Heilung.

Kramer (Glogau).

---

14) **L. Luksch.** Zur Arthrotomie bei veralteten Luxationen des Ellbogengelenkes.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 413.)

Bei veralteten Ellbogenverrenkungen verdient vor der Resektionsmethode die Arthrotomie, verbunden mit präparatorischer Beseitigung der anatomischen Repositionshindernisse und gefolgt von Reposition, unbedingt den Vorzug, da sie — völlige aseptische Heilung vorausgesetzt — die besten funktionellen Resultate giebt. Die Asepsis der Heilung aber wird um so sicherer zu erreichen sein, je einfacher die Gelenkeröffnungswunde ist, die man anlegt. Zwar sind in der Königsberger Klinik, wie Bunge berichtet hat, auch Quertrennungen des Gelenkes, mehrfache Längsschnitte in dasselbe und völlige Skelettirung der Gelenkenden ohne Nachtheil ausgeführt, doch ist es richtiger, dergleichen zu vermeiden, wenn man es nicht nöthig hat. In der Grazer Klinik (Nicoladoni) hat sich, wie L. hier ausführt, ein einfacher radialer Längsschnitt als hinreichend erwiesen. Nach Eröffnung des Gelenkes kommt es vor Allem darauf an, die schwartigen dicken Bindegewebsmassen, welche sich in solchen Fällen in der Incisura semilunaris ulnae (der »Gelenkpfanne« des Ellbogens) und der Fossa supratrochlaris post. festgesetzt haben, sauber herauszu-



putzen. Die Schwielen von der Vorderseite des unteren Humerusendes werden mittels stark gekrümmten Elevatoriums stumpf losgehebelt. Hierauf kann man durch Zug am rechtwinkelig gebeugten Vorderarme, gefolgt von kurzer Streckung und Beugung, die Reposition ausführen. Event. kann auch ein direkter Druck auf das Radiusköpfchen von Nutzen sein.

3 Krankengeschichten geben Belege für die Zweckmäßigkeit der Methode; die einschlägige Litteratur ist angezogen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

15) **Solger.** Zur Kenntnis des Schenkelspornes und des Ward'schen Dreiecks.

(Separatabdruck aus den anatomischen Heften. Wiesbaden 1900.)

Nach S. ist der Schenkelsporn nicht ein Bezirk »zusammengedrängter Spongiosa«, sondern ein Stück der hinteren, von Hause aus kompakten Wand des Femurhalses, das, bei zunehmendem Längenwachsthum desselben und bei fortwährendem Nachrücken des Trochanter successive von unten nach oben fortschreitend, in das Innere des Schaftes aufgenommen wird. S. schließt sich in der Deutung Merkel's Ausführungen gegen Wolff an und erweitert dieselben. Überhaupt hält er es für geboten, uns von der von Meyer, Culmann, Wolff inaugurirten einseitigen Krahntheorie frei zu machen.

Bähr (Hannover).

---

16) **F. Höflinger.** Die operative Behandlung irreponibler traumatischer Hüftgelenksluxationen.

Inaug.-Diss. in Bern. (Zürich, **A. Markwalder,** 1900. 74 S., 2 Tafeln.)

Verf. theilt drei Fälle von irreponiblen Hüftverrenkungen, welche operativ behandelt wurden, aus der Praxis Kaufmann's in Zürich mit. Im Anschlusse hieran sammelt er die Analoga aus der Litteratur — 37 an Zahl — und bespricht an der Hand dieser Kasuistik die Art des operativen Vorgehens und seine Indikationen so wie einige hierbei in Betracht kommende pathologisch-anatomische Befunde. Bei 24 Fällen kam die Arthrotomie in Anwendung, doch mussten zwei von ihnen (Kaufmann's Beobachtungen) noch nachträglich resecirt werden (Fall 23 wegen schlechten funktionellen Resultates und Fall 24 wegen Nekrose des Kopfes). In den übrigen Fällen — 16 an Zahl — wurde sofort die Resektion ausgeführt. H. kommt nun zu dem Schlusse, dass bei diesen sonst irreponiblen Luxationen in Zukunft die Arthrotomie im Allgemeinen das Normalverfahren darstellen solle. Die Resultate derselben sind nämlich denen der Resektion, besonders bei jugendlicheren Individuen, bedeutend überlegen; denn in mehr als in der Hälfte der Fälle wurde eine normale oder gute Gelenkfunktion erzielt. Über die Technik der Arthrotomie will sich H. noch nicht entscheiden; doch redet er der durch Drehmann publicirten Methode von v. Mikulicz (temporäre Resektion des Trochanter major) als derjenigen, welche die Pfanne am schonend-

sten und besten zugänglich macht, sehr das Wort. Resecirt soll nur dann werden, wenn das Resultat der Arthrotomie dem der Resektion nachstehen würde, so wie bei hartnäckig fortdauernden Gelenkeiterungen. Auf diesen letzteren Punkt lenkt H. noch besonders die Aufmerksamkeit. Als Ursache derselben spricht er eine Totalnekrose des Femurkopfes an, die ihrerseits zum großen Theil ihren Grund in der Denudation des Schenkelhalses bei den das Femur von hinten angreifenden Operationsmethoden haben soll. Zwei derartige Fälle beobachtete Verf. bei Kaufmann. Allerdings lässt H. die Frage offen, ob eine bei der Operation erfolgte Infektion eine besondere Bedeutung für die Nekrose habe. Dem möchte sich auch Ref. anschließen; denn auf Grund der hier mitgetheilten Kasuistik dürfte dieser Verdacht in der That nicht ganz zurückzuweisen sein. Immerhin fällt die Häufigkeit der Eiterung nach Arthrotomie (50%) auf. Andererseits zeigten aber auch von den 16 resecirten Fällen (zum Theil wohl älteren Datums? der Ref.) 7 eine eitrige Sekretion. Nach Ansicht des Ref. dürfen aber auch nicht die Unzahl von größeren und kleineren Traumen, Quetschungen u. dgl., welche bei den der Operation meist vorangehenden vergeblichen Einrenkungsversuchen gesetzt werden, in ihrer Bedeutung als prädisponirende Momente für Infektion und Eiterung übersehen werden. Spätere Arbeiten müssen, wie H. richtig bemerkt, weitere Aufklärung bringen. Alles in Allem bietet die Studie H.'s mancherlei Anregung.

A. Most (Breslau).

---

17) **Bossi.** Dimostrazioni radiografiche degli effetti del raddrizzamento forzato nella cura del ginocchio valgo.

(Arch. di ortoped. 1900. No. 2.)

Das manuelle Redressement des Genu valgum wird besonders für das 10.—16. Jahr empfohlen. Sorgfältig und schonend ausgeführt, führt es immer zu einer Lösung der unteren Femurepiphyse, nie zu Ruptur des Seitenbandes oder Absprengung eines Condylus. Dies wird an der Hand mehrerer guter Röntgenaufnahmen von einigen Fällen des Istituto dei Rachitici in Mailand demonstrirt.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

18) **J. Honl** und **J. Bukovsky.** Behandlung der Fußgeschwüre mit Bakterienproteïden.

(Verhandlungen der tschechischen Akademie der Wissenschaften Jahrgang VIII. Abtheilung II. No. 2.)

Die Verff. haben 60 Fußgeschwüre auf ihren Gehalt an Bakterien untersucht. Wider Erwarten fanden sie nur eine geringe Anzahl pathogener Bakterienarten. Am häufigsten kommen vor: Bac. pyocyaneus, dann Staphylococcus proteus und Bact. coli, selten Streptococcus und nur vereinzelt Pneumococcus Friedländer. Diese

Mikroorganismen vegetiren hier so hartnäckig, dass sie selbst durch wiederholte Ätzungen mit Karbolsäure nicht zu vernichten sind.

Verff. richteten ihre Behandlung gegen die Vermehrung der Bakterien und verwendeten Proteïde und andere Produkte von Bakterien, doch bewährten sich nur die Stoffwechselprodukte des Bac. pyocyaneus — Pyocyaneoplasmin oder Pyocyaneoproteïn —, und zwar gegen die verschiedensten Mikroorganismen. Behandelt wurden 100 Geschwüre. Die Applikation erfolgte in Form von Umschlägen, 2—3mal täglich. Der Gesammtorganismus wurde nicht beeinflusst, die Umgebung des Geschwüres nicht gereizt. Schon nach 24 Stunden nimmt die Sekretion ab, nach 1—10 Tagen, durchschnittlich nach 9 Tagen, ist das Geschwür in eine reine granulirende Fläche umgewandelt. Je erschwerter die Blutcirkulation um das Geschwür und je nekrotischer sein Grund ist, desto später beginnt die Reparation. Nach Reinigung des Geschwürs beginnt die Epidermisirung; die neue Epidermis zerfiel nur einmal in Folge eines Traumas.

Die Heilungsdauer betrug im Durchschnitte:

1)	bei unkomplicirten Geschwüren	16½ Tage,
2)	» Komplikation mit Ekzem	27½ »
3)	» » » Varicen	30½ »
4)	» » » Narben	40 »
5)	» » » Elephantiasis	57 ».

Die großen Durchschnittszahlen wären kleiner ausgefallen, wenn man nicht selbst die vernachlässigtesten Geschwüre behandelt hätte.

Das Toxin des Bac. pyocyaneus ist im Stande, jedes Geschwür in jedem beliebigen Stadium zur Heilung zu bringen. Der Erfolg dieser Behandlung erhellt aus folgenden Zahlen: In der Klinik Janovsky wurden nach zweimonatlicher (früherer) Behandlung geheilt: im Jahre 1892—56% der Fälle;

» » 1893—60% » »

» » 1894—47% » »

» » 1895—52% » »

» » 1896—57% » »

bei der Toxintherapie : 90%.

Unerklärt bleibt, warum bei den restlichen 10% die Heilung ausblieb. G. Mühlstein (Prag).

Kleinere Mittheilungen.

Ein Fall von Druckstauung.

Von

Dr. E. Gückel in B. Karabulak (Russland).

Den von Perthes, Vogt, Hüter, Braun und Neck in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie und von Morian auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Aachen 1900 veröffentlichten 9 Fällen von Druckstauung möchte ich in aller Kürze einen weiteren anreihen.

J. S., der 8 Jahre alte Sohn eines russischen Landmannes, sah am 14. Mai 1900 seinem einen Baum fällenden Vater zu; er stand dabei in einer etwa metertiefen Grube, deren Rand der Mitte der Brust des Pat. entsprach. Plötzlich stürzte der Baum und drückte dem Knaben den oberen Theil der Brust hintenüber, ihn fest an den Rand der Grube anpressend. Sofort wurde das Gesicht schwarzblau, die Augen quollen hervor. Der Vater konnte den Knaben nicht gleich herausziehen und musste erst mit einem Spaten die Erde unter dem Rücken desselben entfernen; der Druck musste also ein paar Minuten gedauert haben. Der Knabe war bald bei Bewusstsein und wurde zu mir gebracht. Ich sah ihn 2—3 Stunden nach dem Unfalle. Gesicht und Hals sind dunkel cyanotisch verfärbt und sehr stark gedunsen; auf beiden Augen subconjunctivale Blutungen. In der Gesichtshaut sind wegen der blaurothen Färbung einzelne Blutungen nicht zu sehen. Keine Knochenbrüche, keine Lähmungen. Pat. sieht, ist bei vollem Bewusstsein und klagt nur über Harnverhaltung. Der Harn ist klar und blutfrei. Eine Woche später war die Schwellung geschwunden, die Farbe fast normal geworden und nur die Bindehaut noch blutunterlaufen. Sonst fühlte sich Pat. leidlich wohl. Laut späteren Nachrichten trat vollständige Heilung ein.

---

19) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

114. Sitzung am Montag, den 14. Januar 1901 in der Kgl. Charité.
Vorsitzender: Herr König.

1) Herr König: Bemerkungen zur Frage der Anurie.

Die Anurie ist ein nicht zu häufig beobachteter pathologischer Zustand, somit sind einschlägige Fälle interessant, die Bereicherung der Kasuistik wünschenswerth.

Die vorgestellte 15jährige Pat. war von der inneren Abtheilung verlegt worden zur Exstirpation der tuberkulösen rechten Niere. Es war eine Geschwulst vorhanden, trüber, katarrhalischer Urin floss aus der rechten Niere. Während der Vorbereitungen zur Operation bekam Pat. plötzlich Anurie; Pat. war mit klebrigem Schweiße bedeckt, hatte urinösen Geruch aus dem Munde. Am 5. Tage schnitt K. die linke Niere an, sie war ganz mit Tuberkeln besät. K. ging mit dem Finger in das Nierenbecken ein, nähte die Niere an und drainirte sie. 14 Tage lang ging aller Urin aus der Fistel ab, dann entleerte sich ein altes Gerinnsel und später mehr und mehr Urin aus der Blase, die Fistel schloss sich allmählich.

Pat. erholte sich, nahm zu, K. aber hat nicht recht den Muth, die schwerkranke rechte Niere zu operiren.

Der 2. von ihm beobachtete Fall von Anurie betraf eine Steinniere. Der 53jährige Pat. hatte Kolikanfälle vor 12 und 6 Jahren gehabt, vor 2 Jahren ging ein großer Stein ab.

Im Januar 1898 stellten sich erneut linksseitige Nierenschmerzen und Anurie ein, einige Blutstropfen gingen ab. Die Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen ergab keine sicheren Anhaltspunkte, immerhin war die linke Niere als die kranke anzusprechen.

Da die Anurie wenig Symptome machte, wartete K. mit der Operation bis zum 6. Tage.

Er fand das Nierenbecken leer, ging mit der Sonde in den Harnleiter ein und stieß im unteren Drittel desselben auf einen Stein, welcher nach Zuhilfenahme eines langen Löffels in die Blase glitt. Aus der Wunde entleerte sich eine kolossale Menge Harn, ca. 6000 ccm. Nach Überstehen bedrohlicher Symptome (Herzschwäche, Benommensein, Blutung aus der Blase) stellte sich freier Urinabfluss aus der Blase und Versiegen der Fistel ein; nach 8 Tagen entleerte sich ein Stein aus der Blase.

K. fügt mehrere Beobachtungen aus früherer Zeit über Anurie an: der eine Kranke nahm am 9. Tage der Anurie noch Beefsteak und 2 Glas Bier ohne Schaden zu sich; erst am 10. Tage begann sich Benommenheit einzustellen.

Ein anderer Pat., dem bereits eine Niere entfernt war, bekam Anurie. Auf dem Wege zur Klinik scheute das Pferd, und der Wagen stieß an einen Prellstein. In der Klinik entleerte Pat. erst wenig blutigen Urin, dann 5000 g und schließlich einen Stein.

Das Haupterfordernis ist, dem Urin Abfluss zu verschaffen, was durch eine Nierenspaltung erzielt werden kann; erst in zweiter Linie kommt die Entfernung oder das Suchen nach dem Hindernisse.

2) Herr König: Encephalocele, geheilt durch Schädelplastik.

Das vorgestellte 3jährige Kind war aus einem Wagen auf das Hinterhaupt gefallen, schielte, bekam Krämpfe, die nach 2 Monaten aufhörten. An der Stelle der Beule, zwischen Scheitelbein und Hinterhaupt, stellte sich ein prominirender Defekt ein, welcher pulsirte und bei der Athmung sich bewegte — also eine Encephalocele traumatica.

Nach v. Bergmann sind besonders rachitische Kinder solchen Zuständen unterworfen. K. umschnitt die kranke Stelle mitsammt dem Periost — es hing etwas Gehirnmasse an —, legte den Lappen auf die Seite, umschnitt einen zweiten Lappen, den er umdrehte, und womit er diesen Defekt deckte; durch einen dritten Lappen konnte Alles gedeckt werden.

3) Herr König: Intraartikulärer eitriger Knochenherd.

Bei einem 13jährigen Knaben mit akuter Osteomyelitis an Femur, Tibia und Ellbogengelenk konnte ein Eiterherd in letzterem freigelegt werden mit Erhaltung desselben.

Das Röntgenbild ließ deutlich erkennen, dass die Eiterung bis zum Radiusgelenke vorgedrungen war. K. legte durch einen Längsschnitt das von Eiter erfüllte Gelenk frei; es heilte aus ohne Drainage und ohne Resektion, die K. in frischen Fällen überhaupt für unstatthaft erklärt.

Demonstration des Pat., dessen Ellbogengelenk vollkommen freie Beweglichkeit zeigt.

4) Herr Martens: Exstirpation ausgedehnter Mastdarmcarcinome bei Frauen.

Die mit dieser Operation erzielten Erfolge sind sehr verschiedene, sogar an derselben Klinik. Der Grund liegt vermuthlich in der verschiedenen Indikationsstellung.

Mit gutem Erfolge wurden von König bei 2 Frauen Carcinome operirt, die wegen ihrer Verwachsungen mit der Umgebung (Blase und Uterus) an der äußersten Grenze der Operationsmöglichkeit standen und, weil sie für inoperabel erklärt waren, von einem Kurpfuscher zuvor mit Massage behandelt worden waren.

Die 1. Pat. operirte König nach Kraske und vernähte nach Exstirpation der Neubildung das eröffnete Peritoneum wieder. Es entwickelte sich zwar ein Darmprolaps, derselbe wird jedoch durch eine Pelotte gut zurückgehalten. Pat. hat 26 Pfund zugenommen.

Bei der anderen Pat. wurde ein Perinealschnitt unter Exstirpation des Steißbeines gemacht. Der sehr stark erkrankte Uterus wurde mit entfernt. Es hat sich ein guter Verschluss gebildet, der Koth kann willkürlich gehalten werden.

Demonstration der mikroskopischen Schnitte und Bilder mit dem Epidiaskop durch Herrn Pels Leusden.

5) Herr Braun: Totale Kehlkopfexstirpation, Sprache mit und ohne künstlichen Kehlkopf.

Bei dem vorgestellten 58 Jahre alten Pat. war die Exstirpation des Kehlkopfes nach Gluck im vorigen Jahre vorgenommen worden. Pat. lernte bald mit dem von Gluck angegebenen Apparate sprechen; er ist aber im Stande, eben so verständlich auch ohne denselben zu sprechen. Anscheinend schafft er nach Ansaugen der Luft in der Mundhöhle einen verdünnten Raum; die gesprochenen Worte verstärkt er dadurch, dass er die Luft mit der Hand am Halse exprimirt. Was freilich statt der Stimmbänder die Töne macht, ist völlig räthselhaft. Nach

Hans Schmid soll sie der gegen die Pharynxwand gestemmte Zungenrücken hervorrufen (?).

Diskussion. Von Herrn Gluck werden 3 Pat. vorgestellt, an denen er die gleiche Operation vollzogen.

Bei dem 1. Pat. musste außer dem Kehlkopfe auch der Pharynx und ein Theil des Ösophagus mit entfernt werden.

Der 2. Pat., bei dem vor 3 Jahren wegen Tuberkulose der Kehlkopf zum größten Theil exstirpirt werden musste, geht ohne Kanüle, trotz eines Laryngoschisma arteficiale.

Bei dem 3. Pat. war außer der Unterbindung der Vena jugularis und Carotis, Exstirpation des Pharynx und Larynx auch noch die Entfernung eines Stückes des Ösophagus erforderlich. Pat. trägt jetzt eine Prothese, mittels deren er ohne Ösophagus schlucken resp. die Speisen in den Magen spritzen kann.

6) Herr Köhler: Über einige seltenere Exostosen mit neuralgischen Erscheinungen.

Diese Exostosen machten den Eindruck von Geschwülsten, ihre Unterscheidung von einem Abscesse, ja sogar Sarkom, war im einzelnen Falle nicht so leicht. Bei einer Frau hatte ein solcher Tumor (Exostose) am Köpfchen der Fibula eine völlige Lähmung des Beines verursacht. In einem anderen Falle war es eine Exostose am Calcaneus, die durch Röntgenstrahlen festgestellt werden konnte, 1mal ein im Anschlusse an eine Knöchelfraktur sich entwickelndes höckeriges Knochenstück, im 4. Falle ein Osteom unterhalb des Nagels der großen Zehe.

Zur Anästhesirung benutzte K. Äther und Äthylchlorid, das er gleichzeitig aufsprühte.

7) Herr Wegner: Über Fascienverknöcherung bei Ulcus cruris.

Kleine Osteome der Unterschenkelfascie werden nicht selten beobachtet, das vom Vortr. gezeigte Osteom aber hat eine Ausdehnung von 15 cm Länge und 10 cm Breite. Es wurde zufällig bei einem seit 14 Jahren bestehenden Beingeschwüre gefunden — durch eine Fistel hindurch war man auf rauhen Knochen gekommen. Das Knochenstück lag 2 cm von der Tibia entfernt, es ist wahrer Knochen mit Spongiosabildung.

8) Herr Benneke: Über einen Fall von multiplen cartilaginären Exostosen.

Ein vom Vortr. beobachteter 43jähriger Mann, von dem Photographien und Radiogramme in großer Anzahl demonstrirt werden, zeigte diese seltene Anomalie, welche dadurch gekennzeichnet ist, dass in der Wachsthumsperiode aus den Knochen Geschwülste auswachsen, die durch Zersplitterung der Wachsthumsenergie und mechanische Momente bestimmte Deformitäten des Skelettes zur Folge haben.

Die Mutter und eine Schwester des Mannes sollen ähnliche Erkrankung gezeigt haben.

Auffällig ist die Kleinheit der Beine und Arme. Die Länge des Mannes beträgt 154 cm.

Die Exostosen zeigen sich besonders ausgeprägt an den Claviculae, Scapulae, rechtem Vorderarme, Mittelhandknochen, Fingern, und zwar an der Basis der Knochen, ferner am Becken, Oberschenkel — die Diaphysen sind frei — Kniegelenke, Metatarsalknochen. **Sarfert** (Berlin).

---

20) Völcker. Vorläufiger Bericht über die Verletzungen bei der Heidelberger Eisenbahnkatastrophe vom 7. Oktober 1900.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 49 u. 50.)

40 Pat. wurden aufgenommen, von denen 30 Frakturen hatten. Da Verschiedene mehrfache Knochenbrüche hatten, so betrug die Gesammtzahl 48 Frakturen. Von diesen betrafen 23 den Unterschenkel, 11 den Oberschenkel, 4 den Oberarm. Das Überwiegen der Unterschenkelfrakturen und die typische Art derselben



(Trümmerbrüche) ist bedingt durch das Aneinanderschlagen der Sitzbänke. Bemerkenswerth ist noch ein Fall von Schrecklähmung; bei Vielen zeigte sich eine deutliche Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit; 2 Fälle von reiner Commotio medullae, die sich kundgab in Erschwerung des Urinirens, motorischer Schwäche der Beine und Herabsetzung der Patellarreflexe. Es wurde bei allen die primäre Desinfektion der Wunde gemacht, event. am nächsten Tage wiederholt und, wenn nöthig, die primäre Amputation vorgenommen. Bei den Meisten trat noch sekundär eine theilweise Nekrose der Hautlappen ein. Die intravenöse Kochsalzinfusion wurde in ausgiebiger Weise angewandt. **Borchard** (Posen).

21) **Paffrath.** Eine merkwürdige Unfallverletzung des Halses und der linken Brusthöhle.

(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1900. No. 22.)

Verf. berichtet über folgenden Fall:

Einem 34jährigen Maschinisten fällt beim Ölen der Dampfmaschine die Ölkanne in eine vor dem großen Schwungrade befindliche Vertiefung. Beim Versuche, dieselbe mittels einer langen Zange wieder zu erlangen, kommt er mit letzterer anscheinend in Berührung mit dem im Gange begriffenen Treibriemen. Hierbei wird ihm der eine mit einer etwa walnussgroßen kugelartigen Verdickung versehenen Zangenhebelarm in der Gegend des Sternalansatzes des rechten M. sternocleido-mastoideus der Art durch Hals und Brust getrieben, dass das kugelartig verdickte Hebelarmende im Rücken etwas unterhalb des linken Schulterblattwinkels wieder zu Tage kommt. Nach Entfernung der Zange aus der Wunde tritt die vermuthete stärkere Blutung nicht ein; vielmehr erfolgt bei sachgemäßer Behandlung innerhalb 13 Tagen reaktionslose Heilung. **Motz** (Hannover).

22) **Bergmann.** Ein Fall von subkutaner traumatischer Ruptur des Herzens und Herzbeutels.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1901. No. 1.)

Der genannte Fall betrifft einen jugendlichen Arbeiter, der Abends zwischen 2 Eisenbahngeleisen bewusstlos aufgefunden wurde und auf dem Transporte nach der Krankenstube verstarb.

Die äußere Besichtigung der Leiche ließ außer einer markstückgroßen Hautschrunde links vom Brustbein in Höhe der Brustwarze weitere Verletzungen nicht erkennen. Dagegen ergab die Sektion eine Ruptur des Herzbeutels mit Austritt des Herzens in die mit theils flüssigem, theils geronnenem Blute angefüllte linke Pleurahöhle. Außerdem war die linke und rechte Herzkammer an der Herzbasis fast vollständig durchtrennt und die Vorhöfe eingerissen, so dass das Herz nur noch in Verbindung mit den großen Gefäßen geblieben war.

Der Verunglückte war anscheinend zwischen die Puffer zweier Waggons gerathen.

Im Weiteren giebt Verf. eine kurze Übersicht über ähnliche, bisher veröffentlichte traumatische Herzrupturen. **Motz** (Hannover).

23) **Pagenstecher.** Weiterer Beitrag zur Herzchirurgie. Die Unterbindung der verletzten Art. coronaria.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 4.)

30jähriger Arbeiter. Selbstmordversuch. Dolchstoß im 4. linken Interkostalraume, 1 cm neben dem Brustbeine. Die horizontal verlaufende Wunde ist $1^1/_2$ cm lang. Athmung frei. Herzdämpfung stark vergrößert. $2^1/_2$ Stunden nach der Verletzung Operation unter Bildung eines horizontalen Haut-Muskel-Knochenlappens aus dem 4. und 5. Rippenknorpel mit der Basis nach dem Brustbeine. Mediastinum anticum stark mit Luft und Blut gefüllt. Wunde im Herzbeutel. Nach Erweiterung derselben nach oben Lufteintritt in das Perikard, wodurch das in demselben befindliche Blut zu Schaum geschlagen wird. Außerordentlich starke Dehnung der Ventrikel, so dass man das Gefühl hat, als ob derselbe bei jeder

Diastole platzen wolle. Nachdem der rechte Ventrikel mit den Fingern zurückgedrängt ist, wird die vordere Längsfurche und Theile des linken Ventrikels sichtbar. Art. coronaria sin. ist durch eine kleine oberflächliche Wunde 5 cm über der Herzspitze angestochen. Umstechung. Naht des Perikard. Jodoformgazetampon in das Mediastinum anticum. Am 5. Tage starke Dyspnoë, Eröffnung eines pleuritischen Exsudates. ½ Stunde später Tod. **Borchard** (Posen).

24) **C. F. A. Koch.** Enkele gevallen van pneumotomie.

(Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1900. II. No. 23.)

Eine Bereicherung der Kasuistik der Pneumotomie durch 7 Fälle, alle septische Erkrankungen (Lungenabscess, Bronchiektasie, Lungengangrän) betreffend.

Von diesen 7 Fällen heilten 3 vollkommen:

Fall I. Oberflächlich liegender Lungenabscess mit Verwachsungen der Pleurablätter, wahrscheinlich nach einer vor 2 Jahren überstandenen Pneumonie. Resektion eines 5 cm großen Stückes aus 7. Rippe unter Lokalanästhesie. Öffnung einer mit Eiter gefüllten Lungenhöhle. 8 Monate nach diesem Eingriffe hatte die Höhle noch dieselbe Größe (300 ccm). Resektion von 8 cm aus 3., 4. und 5. Rippe. 1½ Jahr p. op. vollkommene Heilung ohne Fistel.

Fall II. Lungenabscess mit Pleuraverwachsungen. Rippenresektion und Pneumotomie. Öffnung einer hühnereigroßen Höhle, mit stinkendem Eiter gefüllt. Heilung ohne Fistel. Recidiv durch Retention. Spontane Entleerung. Späteres Schicksal nicht mitgetheilt.

Verf. betont bei diesem Falle die Unzulänglichkeit der Rippenresektion ohne Abscessöffnung, wie sie von Quincke vorgeschlagen worden ist.

Fall III. Chronische Pneumonie im rechten Oberlappen mit Abscesshöhle nicht tuberkulöser Natur. Resektion eines 6 cm langen Stückes aus 2. und 3. Rippe. Keine Lungenverschiebung. Punktion liefert stinkenden Eiter. Öffnung der Abscesshöhle. Langsame Rekonvalescenz. Nach 3 Monaten noch Dämpfung und bronchiales Athmen.

Ein Fall blieb zwar am Leben, besserte sich aber nicht:

Fall VII. Bronchiektasie hinten rechts unten. Resektion eines 5 und 6 cm langen Stückes aus 9. und 10. Rippe. Lunge verschiebt sich. Desshalb Tamponade mit Jodoformgaze und nach einer Woche Bestreichung mit Tinct. jodi. Probepunktion am 12. Tage p. op. negativ. Vergrößerung des Operationsfeldes durch Resektion der 8. Rippe und Annähung der Lunge an die Pleura. In derselben Sitzung Incision und Öffnung eines fingerdicken Bronchus: sehr wenig Eiter. 4 Tage später hat sich ein Pyopneumothorax rechts vorn entwickelt. Entleerung des Empyems nach Bülau. Nach noch einem Monate wegen recidivirenden Fiebers Resektion von 8 cm aus 6., 7., 8. und 9. Rippe. Ein Jahr später Status quo ante.

3 Pat. starben nach der Operation:

Fall IV. Klinische Diagnose: Multiple Bronchiektasien, vielleicht einzelne größere Höhlen. Bei der Rippenresektion wird unversehens ein kleiner Riss in der Pleura gemacht und diese mit Gaze tamponirt. Starker Pneumothorax. Tod.

Hier hatte, wie Verf. betont, die Operation an dem unglücklichen Ausgange die Schuld.

In 2 anderen Fällen war die Multiplicität der Lungenherde in erster Instanz Ursache des Todes. Auch hier spielte aber der Pneumothorax seine gefürchtete Rolle.

Fall V. Lungengangrän rechts hinten unten. Resektion der 7. und 8. Rippe. Entleerung einer mit seröser Flüssigkeit gefüllten, apfelgroßen Höhle zwischen Lunge und Brustkorb, ringsum Verwachsungen. Einen Tag später Pneumothorax rechts vorn, durch Insufficienz der Adhäsionen oder Durchbruch eines Herdes in die freie Pleurahöhle verursacht. Tod 9 Tage p. op. Bei der Obduktion wurden auch Brandherde im rechten Mittel- und linken Unterlappen gefunden und überdies bronchopneumonische Herde (Steinhauerlunge).

Fall VI. Auch hier folgte der Tod trotz Öffnung eines gangränösen Herdes.

G. Th. Walter ('s Gravenhage).

25) Bouglé. Radiographie d'un fragment de sonde en gomme dans la vessie.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris T. LXXV. No. 8.)

Bei einem hypospadischen Pseudohermaphroditen blieb nach operativen Eingriffen zur Herstellung einer Harnröhre während mehrerer Monate ein Nélaton als Dauerkatheter liegen und glitt in die Blase. Die Palpation vom Mastdarme aus ergab nichts Sicheres. Hingegen ließ eine 26 Sekunden währende Durchleuchtung den Katheter deutlich im Bilde erkennen; und zwar ist hierfür nicht etwa die bestehende Inkrustation verantwortlich zu machen; ein gleichsam als Testobjekt auf dem Oberschenkel befestigter Nélaton war gleichfalls im Bilde zu sehen.

Christel (Metz).

26) P. Delbet. Fistule urétéro-abdominale; tentative d'urétéro-cystonéostomie; impossibilité de greffer l'uretère; néphrectomie; guérison.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. Bd. XVIII. Hft. 10.)

Der Fall betraf eine 40jährige Frau, der ein großes Uterusfibrom mittels Laparotomie entfernt worden war. Erst am 20. Tage nach der Operation zeigten sich die Symptome einer Harnleiterfistel. Verf. glaubt desshalb nicht an eine operative Verletzung des Harnleiters, sondern meint, da sich auch die exstirpirte Niere in einem Zustande schwerster vorgeschrittener Infektion befand, und die Wand des betreffenden Harnleiters septisch infiltrirt war, dass es sich in diesem Falle um eine spontane Perforation der krankhaft veränderten Harnleiterwandung gehandelt habe. Wegen eben dieser pathologischen Beschaffenheit der Harnleiterwandungen hat Verf. auch die sonst mögliche Uretero-Cysto-Neostomie nicht vorgenommen, sondern die betreffende Niere exstirpirt. **P. Wagner** (Leipzig).

27) K. G. Lennander. Pyonephrose, exstirpirt aus einer rechten Niere mit zwei Nierenbecken und zwei Ureteren.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 3.)

Bei einer 29jährigen Person war wegen Pyonephrose die Nephrostomie, d. h. Einnähung des Sackes gemacht worden. Als L. nun in einer zweiten Sitzung genöthigt war, die Entfernung des Sackes zu bewerkstelligen, fand er, dass zwei Harnleiter und zwei Nierenbecken vorhanden waren. Nur das eine Nierenbecken war erkrankt, das andere gesund. So konnte Verf. den gesunden Theil der Niere auch erhalten. Die ursprüngliche Hydronephrose, die später in Eiterung übergegangen war, war bedingt durch einen schrägen Verlauf des Harnleiters im Nierenbecken, welche Missbildung besonders bei beweglicher Niere sehr leicht zu Hydronephrose führen muss. Der Harnleiter des gesunden Nierenbeckens war sehr gedehnt, so dass ihn L. zur Vermeidung von Knickungen mittels Naht fixiren musste. Übrigens ist die ganze Krankengeschichte sehr interessant, da das Bild des Leidens durch eine gleichzeitige Wurmfortsatzaffektion getrübt war. Verf. beseitigte beide Leiden durch eine von ihm wiederholt angewendete besondere Schnittführung, welche eine ausgezeichnete Übersicht gewährt.

Verf. ist der Ansicht, dass in diesem Falle wohl nicht so konservativ verfahren wäre, wenn er nicht schon einmal die analoge Missbildung und Erkrankung gefunden und dabei die Nephrektomie gemacht hätte. Die Litteratur enthält nur 2 ähnliche Fälle, einen von Pawlick und einen von Socin, der die hydronephrotisch veränderte rechte Hälfte einer Hufeisenniere resecirte.

In einem Nachtrage bespricht L. noch an der Hand instruktiver Abbildungen zwei Leichenpräparate, welche das hehandelte Thema recht gut illustriren.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

28) G. Marwedel. Erfahrungen über die Beck'sche Methode der Hypospadieoperation.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 1.)

M. berichtet über 7 Fälle leichterer Hypospadie bei Kindern, die sämmtlich nach der Beck'schen Methode, und zwar unter Spaltung und nachheriger Ver-



nähung der Eichel operirt worden waren. Die Mobilisirung der Harnröhre erwies sich bei einiger Sorgfalt als nicht schwierig, dagegen sind Störungen des Wundverlaufes, wie Durchschneiden der Fixationsnähte der Harnröhre, wiederholt vorgekommen. Von 7 Fällen heilten nur 3 beim 1. Eingriffe, 2 nach einer 2. Sitzung, in 2 weiteren Fällen diente das Thiersch'sche Verfahren zur Nachoperation. Einlegen eines Verweilkatheters schien wenigstens für die ersten Tage rathsam zu sein. Ausgedehntere Nekrosen der losgelösten Harnröhre traten nie ein, dagegen kam es 2mal nachträglich zu Harnfisteln, wohl in Folge kleiner Distensionsnekrosen. Trotz dieser Misslichkeiten verdient, wie M. zum Schlusse betont, die Beck'sche Methode aber doch weitgehende Anwendung und Empfehlung.

Honsell (Tübingen).

29) H. A. Lediard. A case of successful excision of a subclavian aneurysm.

(Transactions of the clinical society of London Vol. XXXIII.)

39jähriger Feuermann litt seit 10 Monaten an Sensationen und leichter Schwellung der rechten Halsseite, bei Eintritt in des Verf.'s Behandlung enteneigroße Geschwulst im rechten Suprascapularraume. Dieselbe wuchs nach der Gegend oberhalb des mittleren Theiles des Schlüsselbeines zu, und es stellte sich unterhalb des äußeren Drittels des Schlüsselbeines Pulsation ein. Über der Geschwulst deutliches systolisches Geräusch, Verbreiterung der V. jugularis ext., der rechte Radialpuls leicht abgeschwächt, keine Schwellung des Armes, aber Schwäche und Sensationen im Arme.

Es wurde nun der Anfangstheil der A. subclavia, dicht hinter dem Ursprunge aus der A. anonyma noch innerhalb des Abganges der A. vertebralis, unterbunden. Das Aneurysma kollabirte; der Radialpuls hörte auf, stellte sich aber bereits am nächsten Tage wieder ein, nach 8 Tagen war auch das Aneurysma wieder da; dann traten im Laufe der nächsten Monate stärkere Schwellung und größere Schmerzen durch Druck auf den Plexus brachialis wieder ein. So wurde 4 Monate später als zweite Operation die A. axillaris zwischen Musc. pector. und Musc. deltoid. unterbunden; der Anfangs verschwindende Radialpuls wurde auch hier nach einigen Tagen wieder fühlbar; das Aneurysma blieb vorläufig kleiner; allmählich stellte sich aber wieder Pulsation ein, und die Armsymptome nahmen beträchtlich zu.

So wurde 5 Monate nach der zweiten Operation als dritte die Resektion eines Theiles des Schlüsselbeines und die Exstirpation des Aneurysmasackes vorgenommen. Dasselbe wurde vornehmlich durch eine hinter dem M. scalenus ant. hervorkommendes, hinten oben in den Sack mündendes arterielles Gefäß unterhalten, nach dessen Abbindung der Sack schnell kollabirte.

Der Erfolg dieser Operation war nun ein recht günstiger; nach einigen Tagen war der anfänglich nicht fühlbare Radialpuls wieder zählbar, die Kräftigung in Arm und Hand nimmt dauernd zu. Die durch das resecirte, nicht wieder eingefügte Schlüsselbeinstück hervorgerufenen Unzuträglichkeiten sind recht geringe.

Verf. räth, stets nach der von Allingham (Lancet 1899, Juni 3) empfohlenen Methode zweizeitig zu operiren, d. h. erst nach Unterbindung der A. subclavia an die Exstirpation zu gehen zum Zwecke eines gesicherten Kollateralkreislaufes.

F. Kraemer (Berlin).

30) v. Eiselsberg. Zwei Fälle von Knochenimplantation.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 3.)

Im 1. Falle wurde bei einem durch Lupus bedingten Nasendefekte nach einem misslungenen Plastikversuche nach der italienischen Methode nochmals nach dieser Methode operirt und späterhin, um diesen Lappen zu stützen, ein entsprechender Knochen-Periostlappen aus der Tibia der Pat. unter denselben geschoben. Bei der Operation war der Knochenlappen zur Erde gefallen und wurde durch 5 Minuten langes Auskochen in Sodalösung sterilisirt. Glatte Einheilung, gutes Resultat. — Im 2. Falle wurde ein Schädeldefekt der Stirngegend durch ein von

einem Leichenschädel genommenes, ausgekochtes Knochenstück gedeckt. Auch hier gutes Resultat. **Borchard** (Posen).

31) F. Eve. A case of myeloid sarcoma of lower end of radius; resection of lower ends of radius and ulna with goot functional result.

(Transact. of the clin. soc. of London Vol. XXXIII.)

Eine 21jährige junge Frau fiel und verstauchte sich ihr rechtes Handgelenk; dasselbe blieb schwach und schmerzhaft; 3 Monate nach der Verletzung bemerkte Pat. eine Schwellung oberhalb des Gelenkes, die allmählich zunahm. Ungefähr $^3/_4$ Jahr nach dem Unfalle kam sie in Verf.s Behandlung. Das untere Viertel des rechten Radius war gleichmäßig durch eine central sitzende Geschwulst aufgetrieben; die Oberfläche derselben war glatt; zum Theil elastisch und zeigte Knistern wie Eierschalen. Rechts war der Gelenkumfang um 4 cm größer als links. Die Bewegungen im Gelenke waren frei und die Synovialmembran nicht betroffen. Die vorgenommene Röntgenaufnahme lässt, wie beigegebene Aufnahme veranschaulicht, den centralen Sitz der Geschwulst erkennen, die für ein Myeloidsarkom angesprochen wurde; in Folge dessen Resektion von E. vorgenommen.

Es wurden seitlich jederseits Incisionen angelegt und ein gleich großes Stück von Radius und Ulna vom Handgelenke bis oberhalb der Geschwulst resecirt; jede einzelne Sehne wurde dann hervorgezogen, ein entsprechendes Stück excidirt und ihre Enden durch Nähte wieder vereinigt. Es wurde kein größeres Blutgefäß verletzt, die Wunde geschlossen und Schienenverband angelegt. Nach vollständig glattem Wundverlaufe trat ein recht gutes funktionelles Resultat ein. Schon 6 Wochen nach der Operation konnte Pat. etwas schreiben, jetzt, $^3/_4$ Jahr nachher, ist sie im Stande, gut zu schreiben, zu nähen, ihr Essen selbst zu schneiden und einen leichten Gegenstand, wie ein Glas, hochzuheben. Auch besteht genügende Flexions- und Extensionsmöglichkeit im Gelenke; nur die Beugungsfähigkeit der Finger ist noch etwas eingeschränkt. Eine beigegebene Röntgenaufnahme illustrirt den jetzigen günstigen anatomischen Befund und 2 weitere photographische Aufnahmen den guten funktionellen Erfolg.

Wiedergegeben sei noch, dass Clutton (Transact. of the clin. soc. London Bd. XXVII) mehrere ähnliche Fälle zusammengestellt hat.

F. Kraemer (Berlin).

32) Audry et Dalous. Sur une atrophie héréditaire et congénitale du tégument palmaire (brachydermie palmaire congénitale).

(Soc. de dermat. et de syphil. de Paris. Séance du 7. juin 1900.)
(Ann. de dermat. et de syphil. 1900. No. 6.)

Verff. beschreiben einen eigenthümlichen Fall bei einer 28jährigen Pat., den sie aus folgenden Gründen nicht als Dupuytren'sche Kontraktur ansehen wollen: 1) war die Affektion erblich (die Mutter hatte dasselbe Leiden) und angeboren; 2) war der Zustand völlig stationär, so dass Verff. ihn als eine fehlerhafte Bildung, nicht als Krankheit bezeichnen, zumal sich subjektive Störungen nie gezeigt hatten; 3) weil die Aponeurose nicht in Streifen angespannt, sondern die Haut der Handfläche in toto verkürzt war; 4) weil der Daumen mit einbegriffen war, was bei der Dupuytren'schen Krankheit nie vorkommt; 5) weil die anderen Finger gleichmäßig ergriffen waren und die Flexion am ausgesprochensten an der 3., nicht an der 1. Phalange war; 6) weil außerdem die Haut der Dorsalfläche ebenfalls atrophirt war, wenn auch nicht so hochgradig. Verff. schlagen desshalb vor, diese Affektion »Brachydermie palmaire« zu nennen. **V. Klingmüller** (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 12. **Sonnabend, den 23. März.** **1901.**

XXX. Chirurgenkongress.

Um möglichst rasch nach alter Weise im Centralblatte einen sachlich richtigen Bericht über die Ergebnisse des Kongresses bringen zu können, bitte ich die Herren, welche auf demselben Vorträge halten werden, mir recht bald nach der Sitzung einen Selbstbericht über solche in Berlin zu übergeben oder nach Breslau, Kaiser Wilhelmstraße 115, einzusenden. ***Richter.***

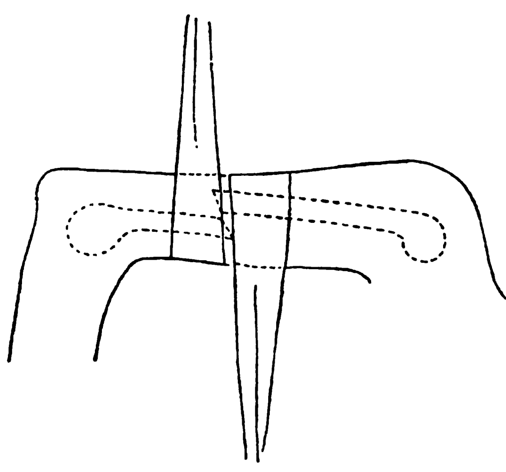
Zur Anlegung von Frakturverbänden.

Von

Ferdinand Bähr in Hannover.

Einer der Hauptgründe für die schlechte Heilung von Frakturen ist das Fehlen der Kontaktwirkung der Bruchenden, so besonders

bei den Frakturen des Schaftes. Obwohl der hier zu erwähnende Tric da oder dort schon angewendet sein dürfte, so sehe ich seine Durchführung doch nur bei den Bardenheuer'schen Extensionsverbänden in systematischer Weise, nämlich in der Anwendung von Bindenzügeln, wie dies unlängst auch hier wieder geschildert wurde (vgl. dieses Centralblatt 1900 No. 50 Wolff). Diese Bindenzügel lassen sich indess auch bei Gipsverbänden anwenden und sie sind hier bei der Reposition besser für die Retention der Bruchenden in richtiger Stellung als die Hände, weil über dieselben der Verband glatt weggelegt werden kann, während beim Gebrauche der Hände vielfach ein Wechsel erforderlich ist.



Während so bei einer Unterschenkelfraktur der eine Assistent das Bein extendirt, hält der andere jedes Bruchende mit einem Bindenzügel und zieht sie gegen einander. Die Gipsbinden werden so umgelegt, dass sie an Stelle der herausgeleiteten, auf der bloßen Haut liegenden Bindenzügel ein kleines Fenster bilden. Über dieses Fenster wird nach dem Festwerden ein Brettchen gelegt und über demselben die Bindenzügel nach Anziehen festgebunden. Bei genügender Breite des Brettchens wird der Bindenzügel nur einen kleinen Abschnitt des Umfanges stärker drücken. Lockert sich der Verband, so können die Bindenzügel nachgezogen werden. Befürchtet man unliebsame Erscheinungen durch Druck — ich habe noch keine bemerkt —, so kann man an der Angriffsstelle des Bindenzügels noch ein Fenster einschneiden; die Festigkeit eines guten Verbandes leidet hierdurch nicht.

Zwei Fälle seien hier kurz skizzirt:

K., 34 Jahre alt. Am 6. August 1900 Flötenschnabelbruch des rechten Unterschenkels an der Grenze von mittlerem zu unterem Drittel. Wiederholt klinisch mit Gipsverbänden behandelt. Am 12. Oktober Aufnahme mit völlig wackelnder Bruchstelle. Zunächst Versuche mit Stauung, Reizung der Bruchenden, wobei die Fraktur eher wackliger wird. Am 21. Oktober Gipsverband mit Bindenzügeln. Abnahme am 12. November bei konsolidirter Bruchstelle.

H., 55 Jahre alt. Am 29. Dezember 1900 Bruch des rechten Oberarmes unter der Mitte. Aufnahme am 25. Januar 1901 mit völlig beweglicher Bruchstelle. Die Durchleuchtung ergiebt, dass die Bruchenden sich nicht berühren. Am 27. Januar Anlegung eines Gipsverbandes mit Bindenzügeln. Um Druck gegen den Radialis zu vermeiden, wird nur der über das untere, auf der Beugeseite vortretende Bruchende gelegte Bindenzügel nachträglich angezogen. Am 10. Februar Abnahme bei erfolgter Konsolidation.

Das Erreichte lässt mich dieses einfache Mittel warm empfehlen bei der Behandlung von Frakturen. Da Pseudarthrosen und schlecht konsolidirende Frakturen relativ häufig zu meiner Beobachtung kommen, so hoffe ich, später an einer größeren Anzahl an anderer Stelle die Vorzüge dieses Verfahrens behandeln zu können. Soviel scheint sicher, dass durch die erreichte bessere Adaption der Bruchenden die Dauer des Festwerdens bei frischen Frakturen abgekürzt, — je größer die Adaptionsfläche, desto größer die Knochennarbe und deren Festigkeit, desto rascher auch die letztere —, und alte Frakturen noch nachträglich leichter zur Konsolidation gebracht werden können. Vor Allem wird sich das Verfahren bei Unterschenkel- und Vorderarmfrakturen nützlich erweisen, wo bei der oberflächlicheren Lage der Knochen ein reponirender Druck eher möglich ist. Die ausgiebige Verwendung solcher Bindenzügel überhaupt dürfte vielfach für die Retention der Bruchstücke sich als zweckmäßig erweisen.

---

1) P. Franke. Über die Behandlung komplicirter Frakturen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 4.)

Verf. hat es unternommen, das Material komplicirter Brüche an der Hallenser chirurgischen Universitätsklinik auf den Werth der aseptischen Wundbehandlung, wie sie bei denselben in den letzten 3 Jahren angewendet wurde, zu prüfen und schildert uns die erfreulichen Erfolge, welche bei diesen ehedem so gefährlichen und gefürchteten Verletzungen durch eine sachgemäße moderne Behandlung erzielt werden können. Eine sehr reichhaltige Fülle von komplicirten Brüchen der Extremitäten und des Schädels stand ihm dabei zur Verfügung. Vor Allem galt bei der Behandlung der Fälle das Princip, die Wunden möglichst aseptisch zu gestalten, die Knochenfragmente in möglichst guter Stellung zu fixiren, völlige Ruhelage zu sichern und nach ungestörtem Heilverlaufe die Funktion des Gliedes wieder herzustellen. Die Umgebung der Wunde wurde auf das gründlichste desinficirt; war die Hautverletzung eine kleine, konnte man das Eingedrungensein von Fremdkörpern mit Wahrscheinlichkeit annehmen, so wurde die Wunde mit einem Stücke Sublimatgaze abgetupft und mit sterilem Verbande bedeckt. Das Verkleben der durchtrennten Haut mit einem Pflaster nach Langenbuch verwirft v. Bramann. Bei stärker verunreinigten ausgedehnten Weichtheilwunden lagen die Verhältnisse natürlich schwieriger. v. Volkmann sah es für zweckmäßig an, bei solchen

Wunden energisch zuzugreifen. Gegenincisionen, Drainage aller Wundtaschen, Entfernung aller Knochensplitter war die übliche Methode. Man kommt indessen auch mit konservativem Verfahren häufig zum Ziele. v. Bramann lässt wenn möglich solche Pat. chloroformiren; dann werden die Hautränder umschnitten, die Fremdkörper abgetupft oder mit Pincette und Schere entfernt, Blutungen gestillt, Wundtaschen gespalten; aber von Abspülung mit desinficirenden Lösungen wird immer Abstand genommen. Kleine reizende Knochensplitter wurden extrahirt, dagegen sucht man stets größere auch ganz freie Knochenstücke wieder einzufügen, da sie erfahrungsgemäß einheilen können. Scharfe Kanten und Ecken der Knochenfragmente wurden mit Säge oder Zange geglättet, um besonders den Druck von Knochenkanten auf die Gefäße zu verhindern und Gangrän zu vermeiden. Bei Dislokationsneigung der Knochenstücke wurde die Naht derselben mit Silberdraht ausgeführt. Die Bedeckung der Knochen mit Weichtheilen wurde jederzeit erstrebt, weil sie die Heilung wesentlich fördert. Einspritzung von etwas Jodoformäther, Ausstopfen mit steriler Gaze, gegebenen Falls auch eine Gegenincision vervollkommneten die Wundbehandlung. Inficirte, septische Wunden erfuhren die auch sonst geübten Maßnahmen.

In ausgiebigster Weise ging man konservativ vor, und in einer großen Reihe von Fällen, bei denen die Absetzung des betroffenen Gliedes fast unausbleiblich schien, wurde dasselbe schließlich doch erhalten. Musste man nach der blauen oder blassen Verfärbung des Gliedes Gangrän fürchten, so wurde auch hier noch der Versuch konservativer Behandlung gemacht, auch wenn peripher kein Puls zu fühlen war. Große Entspannungsschnitte und peinliche Lagerung wurden dabei ausgeführt. Einige dieser Fälle kamen natürlich trotzdem zur Amputation.

Die Immobilisirung der Gliedmaßen wurde wenn möglich durch Gipsverbände oder Extension herbeigeführt, sonst wurden Schienenverbände angelegt, event. später noch Gipsverbände. Die Kontrolle mit der Aufnahme von Röntgenbildern war Regel. Hier und da machte verzögerte Konsolidirung der Knochenfragmente weitere Maßnahmen nothwendig, die vornehmlich in Aneinanderreiben der Bruchstücke und in Stauungshyperämie bestanden.

Ähnliche Principien herrschten auch bei Behandlung komplicirter Schädelbrüche. Ein genauer Überblick über die Wundverhältnisse, speciell die Art der Knochenverletzung, wurde event. durch Erweiterung der Wunde stets erstrebt. Herstellung guter und glatter Wundverhältnisse war auch hier das erste Ziel. Die Glättung der Knochenfragmente, Hervorholen von Splittern, Fasern, Fremdkörpern wenn nöthig mit Hilfe des Meißels, Hebung von eingesunkenen, die Dura gefährdenden Knochenstücken spielten hierbei eine große Rolle. Auf genaue Blutstillung wurde natürlich ebenfalls großer Werth gelegt, vielfach Gefäße der Dura und Pia mater unterbunden. Mit Ligatur und Tamponade wurde man jedenfalls stets Herr der

Blutung. Zerfetzte Theile des Gehirns wurden herausgenommen, Splitter und Fremdkörper anderer Art stets sorgfältig aus demselben entfernt. Wenn es geschehen konnte, wurden Risse der Dura vernäht.

Peinlichst versuchte man stets, Knochendefekte zu vermeiden. Desshalb wurden alle Knochenfragmente wieder eingefügt, nachdem sie in warmer Borsäurelösung gereinigt waren. Man sorgte dabei, dass sie dem Knochen dicht anlagen und nicht durch Blutergüsse abgehoben wurden. Die Haut wurde über dem wiedereingeführten Knochen vernäht, event. durch eine Plastik die Deckung besorgt. Waren die arg zersplitterten Knochenfragmente nicht zu gebrauchen, so wurde vom gesunden Knochenrande das Periost zurückgehebelt; dann wurden flache Knochenplättchen abgemeißelt und in den Defekt hineingelegt. Natürlich geschah dies nur, wo man eine aseptische Einheilung erwarten durfte. Außerdem wurde auch das Müller-König'sche Verfahren der osteoplastischen Resektion und die autoplastische Methode mit Überpflanzung eines abgemeißelten Tibiaknochenstückes erfolgreich angewendet. Auch gelang es, die aufbewahrten ausgesprengten Stücke des Schädels nach längerer Aufbewahrung und Auskochen später nach Reinigung der inficirten Wunden einzuheilen.

Aus der Arbeit geht hervor, dass die Behandlung komplicirter Frakturen der Extremitäten und des Schädels zwar mit zu den schwierigsten, aber bei zweckmäßigem Vorgehen zu den erfolgreichsten und dankbarsten Aufgaben der Chirurgie gehört.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

2) **M. v. Čačković.** Über retrograde Intubation. Vorläufige Mittheilung.

(Liečnički viestnik 1901. No. 2. [Kroatisch.])

Durch die Schwierigkeiten beim Decanulement kleiner (1 bis 2jähriger) Kinder wurde Verf. veranlasst, nach einem Mittel zur Erleichterung desselben zu suchen und glaubt es im folgenden Verfahren gefunden zu haben.

Ein ca. 4 cm langes Gummidrain, dessen Durchmesser unbedeutend kleiner ist, als das Lumen der Trachea, wird 1,5 cm von einem Ende mit einer Nadel durchstochen und ein 25 cm langer starker Seidenfaden durchgezogen, so dass das Drain in dessen Mitte kommt. Der Faden wird um das Drain geschlungen und festgebunden. Das Drain soll starr, elastisch, aber nicht hart sein. Durch die Tracheotomiewunde wird zuerst das längere Ende in die Trachea, dann das kürzere nach oben gegen den Larynx geschoben, die Fadenenden um den Hals gebunden und die Wundöffnung mit Jodoformgaze tamponirt. Das Kind kann jetzt durch die natürlichen Wege anstandslos athmen. Das Drain wirkt durch leichten und stetigen Druck auf die Granulome in der Trachea, bringt sie zur Atrophie und entfernt somit das Haupthindernis des Decanulements. Hat das

Drain genügend lange in der Trachea gelegen oder hat es sich verstopft, so genügt ein Zug am Faden, um es herauszubefördern.

Die Erörterungen des Verf. sind vorläufig noch mehr theoretischer Natur, da er nur in einem Falle Gelegenheit hatte, das Verfahren zu erproben. Dies war aber ein Fall, wo schon 8 Tage seit der Tracheotomie vergangen, also schon bedeutende Veränderungen in der Trachea vorhanden waren. v. C. glaubt, dass dieses Verfahren hauptsächlich in den ersten Tagen nach der Tracheotomie anzuwenden sei, wo noch keine nennenswerthen Granulome, oder gar Folgen derselben in der Trachea aufgetreten sind, das Decanulement aber nicht ausführbar ist. (Selbstbericht.)

---

3) **H. Stark** (Heidelberg). Die Verwendung der Divertikelsonde bei Ösophagustumoren.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 49.)

Für die Untersuchung und Behandlung höckriger, stark in die Lichtung vorspringender bösartiger Neubildungen des Ösophagus und der Cardia empfiehlt S. die Verwendung der Divertikelsonde, am zweckmäßigsten in Form von einfachen Nélatonkathetern oder weichen Schlundröhren, die mit einer leicht biegbaren, am unteren Ende in einem beliebigen Winkel gekrümmten Leitsonde versehen werden.

Auch die Leube-Zenker'sche Divertikelsonde, deren Princip bereits 1764 von Ludlow empfohlen worden ist, erfüllt ihren Zweck, wenn sie auch den Nachtheil hat, sich schwieriger reinigen zu lassen und kostspieliger zu sein. Vor der Einführung wird die Leitsonde ca. $^1/_2$—3 cm vom Ende entfernt leicht abgebogen und am Schlauche die Richtung angezeichnet, nach welcher die Krümmung liegt; man führt die Sonde dann so ein, dass die Krümmung nach rechts oder links, nicht nach hinten oder vorn sieht. Da das Sondenende sich stets nur an der Peripherie der Lichtung bewegen kann, so lässt sich die ganze Wand ringsum abtasten und so der richtige Weg finden. Gelingt die Passage nicht, so kann man den Versuch mit einer anderen Sondenstärke oder Krümmung wiederholen. So vermochte S. in mehreren Fällen eine Stenose zu überwinden, die für gerade Sonden, selbst solche kleinsten Kalibers, gar nicht oder nur zeitweise passirbar war, so das obere Ende der Stenose, die Ausdehnung der Neubildung in der Circumferenz, den Sitz der Stenose in letzterer, die untere Grenze und Längenausdehnung der Neubildung festzustellen und schließlich auch eine allmähliche Dilatation und natürliche Ernährung, bezw. die Schlundsondenfütterung zu ermöglichen. **Kramer** (Glogau).

---

4) **Alapy.** Zur Frage der retrograden Sondirung der Narbenstrikturen der Speiseröhre.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 4.)

Die retrograde Sondirung von Narbenstenosen der Speiseröhre von einer Gastrostomieöffnung aus bietet manchmal recht große

Schwierigkeiten, namentlich dann, wenn die bekannteste und gebräuchlichste Methode, das Verschlucken eines Schrotkornes, nicht gleich gelingt. Alle anderen Methoden, die Stenose zu passiren, sind komplicirt oder in ihrer Wirkung unberechenbar, wie die Hinzufügung einer Ösophagotomie und das Durchstoßen der Narbe mit einem spitzen Trokar. Verf. gelangte nun bei einem einschlägigen Falle mit einem Kunstgriff zum Ziele, den er zur Anwendung empfiehlt. Bei einem 7jährigen Knaben, der sich durch Trinken von Lauge eine Ösophagusstenose 18 cm hinter der Zahnreihe zugezogen hatte, führte er durch die Magenfistel nach erfolglosen Versuchen mit anderen Instrumenten eine elastische französische Bougie in die Cardia ein und schob sie bis zur Striktur vor. Nun wurde ein Maissonneuve'scher Seidenkatheter über die Bougie gestreift, bis das offene Ende derselben bis an das Hindernis gelangt war; darauf wurde die Leitbougie zurückgezogen und an ihrer Stelle eine filiforme Bougie eingeführt, die nun mit Leichtigkeit die Stenose passirte und in den Mund gelangte. Die weitere Behandlung war die jetzt modificirte allgemein gebräuchliche nach v. Hacker mit ausgezogenen Drainröhren. Sie führte zu einem vollkommenen Erfolge. Besonders empfiehlt A. die Philipps'schen Bougies, auf welche große Bougies als Leitsonden aufgeschraubt werden, so dass beide zusammen eine Größe von 60—70 cm besitzen, welche zum Hindurchführen in den Mund genügt. Durch Aufschrauben von dickeren Nummern wird dann die Dehnung erreicht.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

5) **R. Oehler** (Frankfurt a/M.). Über Peritonitis tuberculosa.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 52.)

Nachdem schon in den letzten Jahren von einzelnen Seiten der Nutzen der Operation bei Peritonitis tuberculosa in Frage gezogen und die spontane Heilbarkeit dieser Krankheit behauptet worden ist, hat auch O. sein allerdings vorwiegend poliklinisches Material von 44 Fällen der Krankheit sorgfältig verfolgt und ist in der Lage gewesen, von 39 den Verlauf und das Endresultat zu ermitteln. Von diesen, 5 Erwachsene und 34 Kinder betreffenden Fällen sind 18 (2 Erwachsene, 16 Kinder) — meist an Meningitis — gestorben, 21 leben und sind gesund. Darunter finden sich mindestens 4 ohne Laparotomie spontan Geheilte, deren Krankengeschichten O. ausführlich mittheilt, während die übrigen im Verlaufe weniger genau beobachteten nur erwähnt werden; es handelt sich in diesen um drei Erwachsene und 18 Kinder. O. zieht aus seinem Materiale den Schluss, dass die Peritonitis tuberculosa vorwiegend eine Erkrankung des Kindesalters, in der Hälfte der Fälle der Ausgang — nach einem halben bis 2 Jahre langer Dauer — der Tod sei, und dass auch ohne Operation in einer beträchtlichen Zahl der Fälle, besonders bei Kindern, die Krankheit nach einer Verlaufsdauer von 1 bis 2 Jahren spontan heile.

Kramer (Glogau).

---

6) **Martens** (Berlin). Der heutige Stand unserer Kenntnisse von der Bauchfelltuberkulose.

(Charité-Annalen Jahrgang XXV. p. 250.)

In der Klinik König's (Berliner Charité) wird die Behandlung der tuberkulösen Bauchfellentzündung durch einfache Eröffnung in der Mittellinie stets geübt. Das etwa vorhandene flüssige, häufig abgesackte Exsudat lässt man ablaufen oder es wird mit sterilen Tüchern aufgesogen. Ausspülungen mit desinficirenden Flüssigkeiten werden unterlassen, höchstens etwas Jodoformpulver eingestreut, Verklebungen der Därme werden gelöst. Nur wenn das primär erkrankte Organ in der Bauchhöhle leicht zu finden ist, kann es entfernt werden, z. B. Proc. vermiformis oder Tube. Dagegen müssen Darmresektionen u. dgl. schon wegen des gewöhnlich sehr schlechten Allgemeinzustandes unterbleiben. Meist pflegen auch diese primären Herde günstig beeinflusst zu werden. Drainage wird unterlassen. Dass nicht das Ablassen des Exsudats die Hauptsache ist, hat die mangelhafte Wirkung der Punktion gezeigt, auch fehlt es ja oft. Eine stichhaltige Theorie der Wirkung ist bisher nocht nicht gefunden. Unmittelbar den Folgen der Operation erlegen ist bisher keiner der 12 innerhalb 4 Jahren operirten Kranken, von denen 8 später an anderen Leiden, besonders der Lungenschwindsucht, gestorben sind, 4 dagegen geheilt zu sein scheinen, allerding erst vor 6—9 Monaten operirt. Außerdem wurde noch vor 2 Jahren 1 Mädchen operirt, welches außer einem Packet verlötheter Darmschlingen noch einige geschwollene Gekrösdrüsen hatte; sie genas zwar von ihrem Bauchleiden, erkrankte aber später an Coxitis. Endlich gehört noch ein junger Mann hierher, der an tuberkulöser Kniegelenksentzündung litt und zugleich bisher symptomlos verlaufene Bauchfelltuberkulose hatte; er erkrankte plötzlich an Ileus, wurde operirt, und es fand sich neben allgemeiner Tuberkulose des Bauchfelles Verklebung zahlreicher Dünndarmschlingen ohne eine auffällige Verengerung einer Stelle. Die Ileuserscheinungen gingen zurück, der Kranke erholte sich zunächst, ging aber später an Lungentuberkulose zu Grunde.

Schon begonnener käsiger Zerfall der Herde scheint durch den Bauchschnitt nicht so günstig beeinflusst zu werden; es wird mithin mit Gatti frühzeitige Operation empfohlen. Doch wurde bei einem Manne mit Ikterus und mehrfachen Schüttelfrösten, welcher eine rundliche Geschwulst in der Ileocöcalgegend hatte und sehr herunterkam, ein Probeeinschnitt gemacht, wobei statt des erwarteten Leberabscesses nur ein Packet verkäster Lymphdrüsen gefunden wurde, das nicht entfernt werden konnte; trotzdem genas der Mann.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

7) **G. Kelling.** Über Prothesen bei Magen- und Darmvereinigungen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 4.)

K. bespricht die verschiedenartigen Urtheile, die dem Murphyknopfe zu Theil geworden sind, und erörtert die Nachtheile, welche die Anastomosenbildung mittels desselben hat. Nichtsdestoweniger hält er ihn für eine wohldurchdachte und nützliche Erfindung und ist der Ansicht, dass ein guter Anastomosenknopf die technischen Vortheile des Murphyknopfes beibehalten müsse. Als wesentlichste Erfordernisse für einen Knopf stellt er folgende Bedingungen auf: Er muss so lange unverändert an der Anastomose haften, bis die eingeklemmte nekrotische Darmwand abgestoßen worden ist, nachher aber muss er im Magen oder Darme vollkommen verdaut werden. K. hat nun ein nach diesen seinen Principien konstruirtes Instrument hergestellt. Als Grundmaterial dient ihm ausgiebig entkalktes Elfenbein. Der Knopf besteht aus einem Stücke; er stellt einen Cylinder dar, der an beiden Enden trichterförmig erweitert ist, und ist mit Gummi überzogen zum vorläufigen Schutze gegen Einwirkung der Verdauungssäfte. Frei ist er nur an der Stelle des tiefen äußeren Einschnittes, welcher seinerseits wieder durch das Aufbinden der Darmwand wasserdicht abgeschlossen und also auch vorläufig den Verdauungssäften unzugänglich ist. An der einen trichterförmigen Erweiterung befindet sich eine Rille. In diese wird ein Gummiring eingefügt. Knopf und Ring werden dann in den Magen resp. Darm eingeführt, und nun wird der Knopf durch zwei Schnürnähte fixirt. Jetzt wird der Gummiring aus seiner Rille durch Druck von außen in den tiefen Einschnitt des Knopfes gedrängt, wo er die Darmwände gegen den Knopf anpresst, um sie zur Nekrose zu bringen. Ist die Darmwand nekrotisch geworden, so verfällt der Knopf, der von jenem Ringe nicht vollkommen gedeckt wird, der Verdauung.

Verf. giebt genaue Vorschriften, die Knöpfe nach seinen Intentionen herzustellen, um keine Misserfolge durch schlechte Instrumente zu erleben. Die Größe des Gummiringes, die Anlegung der Schnürnaht nach Murphy, die Art der Einführung des Knopfes, die Herstellung einer seroserösen Sicherungsnaht und Anderes mehr, was für das Gelingen bei seiner Knopfanwendung nothwendig erachtet wird, ist ausführlich beschrieben. Eben so sind zahlreiche Thierversuche geschildert, bei denen K. die Brauchbarkeit seiner Methode geprüft hat. Die Herstellung der Anastomosen gelang ihm dabei sehr gut, und das Abgehen der Gummiringe wurde in verhältnismäßig rascher Zeit beobachtet, während die eigentlichen Knöpfe verdaut wurden.

Auch für das Colon, wo sich Darmnaht sowohl wie Murphyknopf wenig zuverlässig erwiesen haben und die Statistiken eine Sterblichkeit von 40—50% aufweisen, hat K. einen analogen Knopf aus Holz erprobt, der sich durch seinen weiten und kurzen Kanal

auszeichnet. Eine Invagination des centralen Theiles um die periphere Partie des Dickdarmes, gesichert durch Knopfnähte, vervollkommnet hier die Knopfmethode, die Verf. ebenfalls an Hunden erprobt hat.

Weiterhin sind in der Arbeit des Verf. noch einige Verfahren beschrieben, welche bei Anlegung einer Anastomose in zwei Zeiten und für den Verschluss des Magens bei der Resektion desselben nach der zweiten Billroth'schen Methode in Betracht kommen. Für den letzteren Eingriff verwendet K. ebenfalls resorbirbare Platten aus entkalktem Knochen oder Elfenbein, welche an dem Theile des Magens durch Gummifäden festgenäht werden, wo die Resektion vorgenommen werden soll. Nach der Durchtrennung des Magens werden diese Platten in die Lichtung eingestülpt und darüber sero-seröse Knopfnähte angelegt. Die Knochenplättchen fallen in den Magen und werden dort resorbirt. Diese Methode soll mit dem Doyen'schen Verfahren der Pylorusresektion in Konkurrenz treten, ja eine Reihe Vorzüge vor demselben besitzen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

8) **Neumann.** Zur operativen Behandlung der Dilatatio ventriculi bei Pylorospasmus und Hyperacidität.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 2.)

Verf. empfiehlt auf Grund der Mittheilung eines sehr inkonstanten Falles bei Magendilatation wegen Pylorospasmus mit Hyperacidität beim Versagen jeder inneren Therapie, die Jejunostomie auszuführen, weil so der Magen längere Zeit völlig aus dem Verdauungsgeschäfte ausgeschieden wird. Die Jejunostomie ist die rationellere und einfachere Operation. Sie hindert überdies nicht, dass später unter besseren Verhältnissen die Gastroenterostomie ausgeführt wird.

Borchard (Posen).

---

9) **L. Sabbatoni** und **G. Fasola.** Sulla funzione motoria dell' intestino.

(Sperimentale 1900. No. 4.)

Die sorgfältigen experimentellen Untersuchungen der Verff. prüfen die Frage, ob am Darme antiperistaltische Bewegungen vorkommen. Sie benutzten nach dem Vorgange Anderer die Methode, abgetrennte Darmtheile in verkehrter Richtung wieder einzunähen. Nur wenn diese Stücke nicht über 15 cm lang waren, gelang es ihnen, die Versuchshunde am Leben zu erhalten. In allen anderen trat Peritonitis ein, weil die Darmnaht da, wo das periphere Ende des zuführenden Darmes mit dem unteren des abgetrennten zusammengebracht war, nicht hielt. Auch da, wo der Eingriff überstanden war, stellten sich sekundäre Abmagerung, Diarrhöen etc. ein. Die Sektion ergab eine Dilatation des eingenähten Stückes vornehmlich nach seinem unteren, also jetzt oberen Ende zu. Der Darm hatte nur Flüssigkeiten durchgelassen, dagegen nicht feste

Speisetheile, welche sich in dem dilatirten Darmstücke angesammelt hatten. Verff. schließen wohl mit Recht, dass auch nach dem scheinbaren Einheilen solcher umgedrehten Darmstücke die Peristaltik in ihnen sich nicht umdreht, die Flüssigkeit nur durch die Bewegungen des Körpers und der Eingeweide überhaupt weiter vordringen konnte.

Weitere Experimente versuchten die motorische Thätigkeit einzelner Darmabschnitte in Gestalt aufsteigender oder absteigender Fisteln (durch Durchtrennen und seitliche Einpflanzung hergestellt) zu studiren oder eine Schlinge U-förmig umzubiegen und in ihre Mitte dann das obere Darmende einzupflanzen. Auch hier zeigte sich jedes Mal, dass der Darminhalt nur in normal gerichteten Abschnitten fortbewegt wurde. Die Bewegung ließ sich graphisch darstellen.

Endlich wird für den Hund nachgewiesen, dass der untere Ileumabschnitt sich durch besondere Form, Weite und Entwicklung der Muskulatur auszeichnet. Er nimmt eine ähnliche Stellung ein, wie das Antrum pyloricum im Magen. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

---

10) **v. Beck.** Über Aktinomykose des Verdauungsapparates.

(Ärztliche Mittheilungen aus und für Baden 1901. No. 1 u. 2.)

An der Hand der an 9 Kranken im Karlsruher städtischen Krankenhause gemachten Beobachtungen entwirft v. B. in dem im ärztlichen Verein Karlsruhe gehaltenen Vortrage in großen Zügen ein Bild der Aktinomykose des Verdauungsapparates, der bevorzugten Ansiedelungsstätte des Strahlenpilzes. Die Infektion findet meist durch grobe Verunreinigungen der Nahrungsmittel statt; sie erfolgt besonders leicht, wenn chronisch-entzündliche Processe einen Locus minoris resistentiae geschaffen haben, so bei Caries der Zähne oder Druckgeschwüren der Mundhöhlenschleimhaut durch Reiben eines spitzen Zahnes, bei Magen- und Darmgeschwüren, chronischer Entzündung und Kothstauung in Wurmfortsatze und Blinddarme. Meist handelt es sich nicht ausschließlich um eine Infektion mit dem Strahlenpilze, sondern Mischinfektionen geben dem klinischen Bilde das Gepräge; es entstehen Phlegmonen und Abscesse akuten und subakuten Charakters. Erwähnenswerth ist die Lokalisation der Strahlenpilzwucherungen auf Lippe und Zunge, die leicht zur Verwechslung mit Carcinomen führen kann. Speiseröhre und Magen erkranken in der Regel nur sekundär bei Aktinomykose des Rachens und der Brustorgane. Dagegen führt die primäre Lokalisation im Darmkanale zu Erkrankungen des Wurmfortsatzes und des Blinddarmes unter dem wechselnden Bilde der Appendicitis, so wie des Mastdarmes mit Ausgang in Stenose. Die von v. B. geübte Therapie besteht in Entfernung der exstirpirbaren Geschwülste, in Spaltung und Auskratzung der Abscesse und Fistelgänge, so weit diese zu verfolgen sind; sie wird unterstützt durch Darreichung von Jodkalium und, sofern dieses nicht vertragen wird, von Arsen. In Fällen mit ausgedehnten Infiltraten und Fistelgängen hat v. B. von prolongirten

warmen Bädern gute Erfolge gesehen. Den Schluss des lesenswerthen Aufsatzes bildet die ausführliche Mittheilung der Kranken- und Operationsgeschichten der beobachteten Kranken.

Bauer (Zell i/W.).

---

11) **Hahn.** Über die operative Behandlung bei Pancreatitis haemorrhagica.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 1.)

Mittheilung von 5 Fällen, deren einer (Schussverletzung) sich durch einen glatten Verlauf trotz der großen Blutung in die Bauchhöhle auszeichnete. Es muss desshalb die Ursache für den gewöhnlichen schweren Verlauf nicht in einer Blutung, sondern in einer schweren Infektion resp. Intoxikation zu suchen sein. Verf. räth dringend von der jetzt allgemein geübten symptomatischen und abwartenden Behandlung ab und empfiehlt bei der Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf hämorrhagische Pankreatitis eine kleine Incision in der Mittellinie unterhalb des Nabels; bei Feststellung von Fettgewebsnekrose ist von jedem weiteren operativen Eingriffe Abstand zu nehmen und nur das vorhandene blutige Sekret zu entfernen. In einem derartigen Falle trat glatte und sofortige Heilung ein.

Borchard (Posen).

Kleinere Mittheilungen.

Ein kleiner Kniff zur Technik des Ureterenkatheterismus.

Von

S. v. Fedoroff, Moskau.

Von Tag zu Tag wird das Gebiet der Cystoskopie und des Katheterismus der Ureteren bei der Diagnostik der Nierenkrankheiten immer größer und größer. Wir begnügen uns schon nicht mehr mit einer, kurze Zeit dauernden, Katheterisirung eines Harnleiters, sondern finden es als zweckmäßig, zuweilen stundenlang den Katheter liegen zu lassen. In letzter Zeit sind sogar Instrumente vorgeschlagen (Casper), die es erlauben, beide Harnleiter gleichzeitig zu katheterisiren. Auch mehrere Jahre vorher hat schon Casper ein Cystoskop konstruirt, welches die Möglichkeit gestattet, während der Katheter im Harnleiter liegen bleibt, das Cystoskop aus der Blase zu entfernen. Dieses Casper'sche Cystoskop hat ein besonderes kleines Stäbchen, das den Ureterenkatheter aus der Rinne heraushebt, und entspricht völlig dem Zwecke, zu dem es erdacht war.

In den letzten $1^1/_2$ Jahren katheterisire ich aber fast ausschließlich mit dem nach Albarran'schem Principe konstruirten Cystoskop (der Firma Loewenstein in Berlin) und kenne seitdem bis jetzt noch keinen Fall, wo mir die Katheterisation der Harnleiter nicht gelungen wäre. Der einzige Nachtheil war der, dass während des Harnauffangens neben dem Harnleiter auch das Cystoskop in der Blase liegen bleiben musste, was den Kranken zuweilen große Unannehmlichkeiten machte. In der letzten Zeit fand ich aber ein leichtes Mittel, dieselben zu beseitigen, indem ich den Katheter liegen ließ und das Cystoskop selbst entfernte.

Wenn es nun nöthig ist, den Katheter für längere Zeit im Harnleiter liegen zu lassen, schiebe ich denselben ca. 10—15 cm in den Harnleiter hinauf, strecke den Hebelapparat des Cystoskops und beginne jetzt den letzteren langsam aus der Blase herauszuziehen, indem ich den Ureterenkatheter fortwährend

durch das Cystoskop in die Blase hineinschiebe. Allmählich kommt das Cystoskop aus der Blase in die Harnröhre und endlich auch aus derselben heraus. Jetzt erscheint vor dem Orificium urethrae der Ureterenkatheter, welcher sofort mit zwei Fingern gefasst wird, wonach man das Cystoskop völlig entfernt.

Wie bei der Frau, so auch bei dem Manne geschieht dieses Vorgehen mit Leichtigkeit, und der Katheter bleibt dann stundenlang im Harnleiter liegen. Es ist auch möglich, sofort wieder das Cystoskop, mit einem neuen Katheter armirt, in die Blase einzuführen und den zweiten Harnleiter zu katheterisiren, wonach man auf dieselbe Weise das Cystoskop entfernt und nun den Harn aus beiden Nieren gesondert und beliebig lange Zeit auffangen kann.

Ich glaube, dass ein Jeder, der mit der Cystoskopie vertraut ist und das Verfahren erproben wird, dasselbe auch als ein sehr leichtes und bequemes erklären dürfte.

Moskau, 1901, Februar.

---

12) A. W. Prichard. Three abdominal cases presenting some unusual features.

(Bristol med. journ. 1900. December.)

Von den mitgetheilten Fällen sind folgende bemerkenswerth:

1) Operation eines perforirten Magengeschwürs 18 Stunden nach dem akuten Beginne bei sehr schlechtem Allgemeinzustande. Nahe der Cardia fanden sich 2 Löcher in der Magenwand, das größere für 2 Fingerspitzen durchgängig. Vernähung der Öffnungen war bei der schlechten Beschaffenheit der Ränder und der Umgebung nicht möglich, bei der Excision hätte ein zu großes Stück der Wandung fortfallen müssen. Daher einfache Jodoformgazetamponade der betreffenden Stelle und der benachbarten Bauchhöhlenpartie, 2 Drainrohre. Heilung der Wunde in 3 Wochen; Speisen wurden ziemlich gut vertragen. 5 Wochen nach der Operation erste Anzeichen eines linksseitigen subphrenischen Abscesses, welcher von der Pleurahöhle aus nach Vernähung des Zwerchfelles mit der Pleura parietalis durch jenes hindurch incidirt wurde. 3 Tage später Tod. Bei der Autopsie fanden sich die Magenwundränder völlig vereinigt (außerdem ein metastatischer Abscess in der rechten Niere).

2) 37jährige Frau, vor 9 Jahren Appendicitis, seither chronische Verstopfung, seit 2 Tagen Erscheinungen von Darmverschluss. Bei Eröffnung der Bauchhöhle in der Mittellinie stößt man auf ein Konvolut fest verwachsener Darmschlingen, mit welchem der sehr lange und bandartige Wurmfortsatz mit der Spitze verwachsen ist. Resektion des Fortsatzes; die Lösung der eingeschnürten Darmschlingen gelingt erst nach Resektion einer Schlinge. Völlige Heilung.

Mohr (Bielefeld).

13) A. E. Barker. Remarks on twelve consecutive cases treated by operation for perforating gastric ulcer.

(Transact. of the clin. soc. of London Vol. XXXIII.)

B. giebt im Anschlusse an 7 im Brit. med. journ. von ihm veröffentlichte Fälle 5 weitere Krankengeschichten von operirten Fällen von perforirtem Magengeschwür; er ordnet seine 12 Fälle dann tabellarisch nach verschiedenen Gesichtspunkten.

10 Fälle betreffen junge unverheirathete Frauen, nur 2 Männer. Das wichtigste Symptom für die Diagnose einer Perforation, auf deren frühzeitigste Stellung ja Alles ankommt, sind die plötzlich und stark einsetzenden Schmerzen im Epigastrium; Chok ist nicht immer vorhanden, für sein Auftreten ist die Menge und reizende Beschaffenheit des in die freie Bauchhöhle fließenden Mageninhaltes maßgebend; die Verletzung an und für sich bedingt ihn nicht. Neben der Menge des Mageninhaltes ist vornehmlich die Zeit zwischen Perforation und Operation maßgebend. In des Verf. 5 Fällen, die in Heilung ausgingen, fand letztere $8^1/_2$,

18, $7^1/_2$, 18, $6^1/_2$ Stunden nachher, in den 7 Fällen, die tödlich endeten, 32, 28, 17, $3^1/_2$, 8, 77, 48 Stunden nach Perforation statt. Erstere geben ein Mittel von $11^3/_8$, letztere von $30^1/_2$ Stunden.

Das Verschwinden der Leberdämpfung ist zwar ein wichtiges Symptom für die Diagnose, aber immerhin von zweifelhaftem Werthe, wie B.'s Fälle beweisen; das Symptom war freilich immer vorhanden, wo größere Gasmengen ausgetreten waren. Für das schwankende Auftreten dieses Symptoms giebt Verf. mechanisch-physikalische Erklärungen.

In keinem Falle hat er das Geschwür excidirt; hält aber trotzdem gelegentlich Excision für die zweckmäßigste Operationsmethode. So ist ihm ein Fall verloren gegangen, wo nach anfänglich glattem Verlaufe eine neue Blutung in den Magen hinein tödlich verlief, was er bei Excision hätte vermeiden können; in allen Fällen saß das Geschwür in der vorderen Magenwand.

B. zieht das trockene Austupfen mit Schwämmen resp. Kompressen der feuchten Behandlung der Bauchhöhle vor, räth aber dringend zu besonderer Berücksichtigung des subphrenischen Raumes, um so spätere Abscesse in dieser Gegend zu vermeiden.

In einem Falle fand sich eine ausgedehnte Gasansammlung in der Bauchhöhle, ohne dass das Geschwür eine wirkliche Perforationsöffnung aufwies; Verf. erklärt dies durch Überwandern von Saprophyten durch eine haarfeine, rasch vernarbende Öffnung mit sekundärer Gasbildung, wahrscheinlich des Bact. coli.

F. Kraemer (Berlin).

14) **Dieulafoy.** Vomito negro appendiculaire.

(Indépendance méd. 1901. No. 3.)

Verf. beobachtete bei 7 (sämmtlich operirten) Fällen von Appendicitis im Verlaufe der Erkrankung ein eigenartiges Krankheitsbild, welches er wegen seiner Ähnlichkeit mit dem exotischen »Vomito negro« mit dem Namen »Vomito negro appendiculaire« bezeichnet. Es handelte sich um wiederholtes Erbrechen großer Mengen schwarzen Blutes (seltener von Blutgerinnseln und frischem Blute) bei schwer toxischem Allgemeinzustande: Ikterus, Albuminurie, Oligurie. Das Blutbrechen kommt nach Verf. durch einen toxisch-infektiösen Zustand der Magenschleimhaut zu Stande. Das Symptom trat meist erst einige Zeit nach Beginn der Erkrankung (häufig erst nach der Operation) auf, in 3 Fällen erfolgte der Tod im Anschlusse an eine heftige und kopiöse Hämatemesis durch Einlaufen von Blut in die Lungen bei septischem Allgemeinzustande des Pat., in 2 weiteren Fällen wurde der Tod durch die nach Entleerung großer Blutmengen aufgetretene Anämie herbeigeführt resp. beschleunigt. 2 Kranke genasen. Lokal fand sich meist eine Appendicitis perforativa, in 2 Fällen allgemeine Peritonitis.

Mohr (Bielefeld).

15) **A. Percy Allan.** A case of appendicitis with abscess perforating into the bladder. Recovery.

(Brit. med. journ. 1900. November 17.)

Bei einem Falle von Appendicitis, der anfänglich keine Besonderheiten darbot, entwickelte sich eine harte, intensiv schmerzhafte Schwellung nach der Regio inguinalis zu. Dieselbe schwand plötzlich, indem gleichzeitig heftige Blasenbeschwerden auftraten. Katheterismus ergab stark eiterhaltigen Urin. Unter wochenlang fortgesetzten Blasenspülungen besserten sich allmählich die Erscheinungen, und es trat Heilung ein. **Weiss** (Düsseldorf).

16) **Th. Kok.** Über Perityphlitis-Operationen in der chirurg. Klinik in Kiel im Sommersemester 1899.

(Inaug.-Diss. Kiel, 1900. 21 S.)

Helferich schreitet bei akuter Perityphlitis nur operativ ein, wenn durch die Gefahr einer Perforationsperitonitis oder durch hohes Fieber das Leben des



Pat. direkt bedroht erscheint; bei recidivirenden Fällen wird in jedem Falle die Operation angerathen, die womöglich im freien Intervall unternommen wird. Bericht über 8 Fälle verschiedener Art mit einem Todesfalle an Pyelophlebitis und multiplen Leberabscessen. **H. Lindner** (Dresden).

17) **M. Steinberg.** Zur Frage von den künstlichen Brüchen.

(Annalen der russischen Chirurgie 1900. Hft. 5.)

S. beschreibt einen Fall von linksseitigem Leistenbruch, der alle Zeichen einer künstlichen Hernie darbot: Die Bruchpforte saß am äußeren Pole des Foramen ing. ext., die Hernie war eine direkte, ging nicht in den Hodensack hinab, und die Bruchpforte war sehr groß: 3,6×1,8 cm, so dass das Ein- und Austreten des Bruches sehr leicht stattfand. Nur ein Symptom, das für die künstlichen Hernien charakteristisch ist, fehlte: Pat. war kein Hebräer und hatte seine Dienstpflicht schon beendet. Der Bruch entstand schon nach den Dienstjahren bei schwerer Arbeit, vor 3 Jahren. Jetzt ist Pat. 32 Jahre alt. — Der Fall zeigt, wie vorsichtig man bei der Beurtheilung solcher Brüche bei Rekruten sein muss, da von diesem Urtheile das Schicksal des Pat. (wenigstens in Russland) abhängt: für absichtliche Selbstverstümmelung wird Gefängnisstrafe verhängt.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

18) **Uhlenbrak.** Über einen Fall von Hernia inguino-interstitialis.

(Inaug.-Diss. Kiel, 1900. 19 S.)

49jähriger Zimmermann besaß seit 10 Jahren einen Bruch, den er ohne Beschwerden trug und gelegentlich selbst zu reponiren pflegte. Seit 6 Wochen ziehende Schmerzen nach dem Essen. Es findet sich ein reponibler linksseitiger großer Leistenbruch, unvollkommener Descensus testiculi und eine faustgroße Geschwulst, die sich über dem linken Lig. inguinale von der Höhe der Spina il. ant. sup. zum äußeren Leistenringe hervorwölbt und dort unter einer Einziehung in die Leistenbruchgeschwulst übergeht. Reposition unter Gurren möglich, nach derselben fühlt man oberhalb des Lig. inguinal. einen schrägen, durch 3 Fingerspitzen verschließbaren Spalt. Bei der Operation findet sich eine gemeinsame Bruchpforte, der innere Leistenring, ein Bruchsack geht von derselben nach oben und außen zwischen Obliquus externus und internus hinein. Es wird die Radikaloperation ausgeführt. Heilung. Betrachtungen über Ätiologie und Behandlungsweisen der in Frage kommenden Bruchformen schließen sich dem Referate über den Helferich'schen Fall an. **H. Lindner** (Dresden).

19) **W. Spencer.** Clinical lecture on some exceptional cases of gastric surgery.

(Brit. med. journ. 1900. November 17.)

S. bringt verschiedene interessante kasuistische Beiträge zur Magenchirurgie.

1) Eine 48jährige Frau wurde plötzlich von lebhaften Schmerzen im Epigastrium befallen. Es trat eine Auftreibung des Leibes ein. Als sie nach 7wöchentlicher flüssiger Diät wieder gewöhnliche Kost zu sich nahm, dieselben Schmerzen. Verschiedentlich traten dann Anfälle auf von starker Auftreibung des Leibes, verbunden mit Verstopfung und Abnahme der Urinmenge. Allmählich entstand im Epigastrium eine unbewegliche Geschwulst. Als diese 10 Monate nach Beginn der ersten Erscheinungen frei gelegt wurde, ergab sich, dass der Pylorustheil des Magens durch eine $2^1/_2$ Zoll lange Fischgräte an die Bauchwand angespießt war. Um diese herum hatte sich ein Abscess gebildet. Die Gräte wurde extrahirt, die Adhäsionen zwischen Magen und Bauchwand getrennt. Der verdickte Theil der vorderen Magenwand wurde resecirt. Pat. genas.

2) 2 Fälle von recidivirender Magenblutung. Bei einer 44jährigen Frau, welche seit 20 Jahren an Magenblutungen litt, die mit immer größerer Häufigkeit auftraten, fanden sich bei der Operation an der Magenwand sehr stark gefüllte und geschlängelte Venen. Es bestand eine geringe Pylorusstenose, Zeichen eines

Geschwürs oder einer Narbe fehlten. Pyloroplastik, $1^1/_2$ Jahre später war die Kranke noch ohne alle Beschwerden.

Bei einer anderen Kranken bestanden die Magenblutungen seit 10 Jahren. Bei der Operation fand sich an der Grenze des mittleren und unteren Drittels des Magens ein Geschwür, an dessen Grunde eine ziemlich große Arterie mitsammt der zugehörigen Vene verlief. Die Gefäße wurden unterbunden und der Grund des Geschwürs invaginirt. Nach 1 Jahr abermals beträchtliche Blutung. Bei der erneuten Operation fand sich eine große Ulceration am Pylorustheile des Magens, wesshalb die Gastroenterostomie ausgeführt wurde. Ein Jahr später war Pat. ohne alle Beschwerden.

3) Ein 34jähriger Mann, der Salzsäure getrunken hatte, bot das Bild einer hochgradigen Pylorusstenose. Bei der Operation fand sich ein sehr kleiner und sehr dickwandiger Magen, in dessen Lichtung man erst gelangt, als man sich von einer Incision nahe der Cardia durch 1 Zoll dickes Narbengewebe hindurch gearbeitet hatte. Es fand sich eine kleine Höhle mit ulcerirten Wänden. Es gelang eine Verbindung zwischen ihr und dem Jejunum herzustellen. Der Kranke hatte seitdem keine Magenbeschwerden mehr.

4) Gelegentlich einer Operation, welche S. wegen einer Magendilatation ausführte, fand sich der Pylorus von massigen Verwachsungen umgeben und an der unteren Fläche der Leber fixirt. Die kardiale Hälfte des Magens und Colon transversum waren fest mit der vorderen Bauchwand verwachsen, so dass eine Vereinigung von Magen und Jejunum ohne eine ausgedehnte und langdauernde Trennung der Verwachsungen nicht möglich erschien. S. legte desshalb eine Fistel zwischen dem Magen an der Grenze zwischen dessen mittlerem und unterem Drittel und dem absteigenden Theile des Duodenums an. Als die Kranke nach 6 Wochen das Krankenhaus verließ, konnte sie feste Nahrung zu sich nehmen und nahm an Körpergewicht zu.

Bezüglich der Technik bemerkt S., dass er die Naht gegenüber der Anwendung des Murphyknopfes bevorzugt. **Weiss** (Düsseldorf).

20) F. Kiefer (Mannheim). Beitrag zur operativen Behandlung des Magen- und Duodenalgeschwürs.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 24.)

In dem ersten der beiden mitgetheilten Fälle von akuter Perforation eines Magengeschwüres wurde bei dem 20jährigen Mädchen, nachdem die von dem dargereichten Morphium gebrachte scheinbare Besserung wieder geschwunden war, 16 Stunden nach den ersten Erscheinungen, bei denen die Pat. Schmerzen im Arme und Schulterblatte und das Gefühl hatte, als wenn ihr innerlich etwas im Leibe vom Magen herunterliefe, der Bauchschnitt gemacht, die bohnengroße Perforationsöffnung an der Vorderfläche des Magens, um welche herum noch keinerlei Adhäsionsbildung eingetreten, gefunden, wegen Brüchigkeit der Ränder ausgeschnitten und das Loch vernäht, was ziemlich schwierig war. Heilung.

Auch der 2. Fall verlief günstig: sein Entwicklungsgang war folgender: Primär Gallensteine, sekundär Cholecystitis und Verwachsung mit der näheren Umgebung und dem Duodenum; später Bildung eines Geschwüres in letzterem, welches allmählich größer wurde und fast täglich Blutungen veranlasste. Bei der Operation riss bei Ablösung der Gallenblase von dem Duodenalgeschwür dieses ein; Excision desselben und Naht, Ausschneidung der Gallenblase nebst Ductus cysticus. Heilung. **Kramer** (Glogau).

21) A. E. Barker. A case of gastroenterostomy followed by pylorectomy; recovery.

(Transact. of the clin. soc. of London Vol. XXXIII.)

Verf. berichtet über einen Fall von Pyloruscarcinom, wo zweizeitig die Gastrojejunostomie und Pylorusresektion ausgeführt wurde. Es handelt sich um eine 55jährige Frau, die Schmerzen ungefähr in der Milzgegend hatte, wo eine gut

walnussgroße, leicht verschiebliche Geschwulst gefühlt wurde. Erst der operative Befund stellte die auf ein Coloncarcinom gestellte Diagnose richtig. Nachdem in der üblichen Weise eine Gastroenteroanastomosis retrocolica angelegt worden mit Anwendung des Murphyknopfes, schritt B. 5 Wochen später zur Resektion des Pylorus. Beide Operationen heilten recht gut; ein Jahr später jedoch ging die Pat. an einem Recidive ein.

In manchem Falle hält Verf. die zweizeitige Operation, wie im beschriebenen, mit Rücksicht auf die bessere Gewährleistung eines verlängerten Lebens für zweckentsprechend, bedingt durch die Verminderung des Risikos eines Choks und einer Perforation, vor Allem durch die Möglichkeit einer besseren Ernährung gleich nach der Operation, zumal wenn, wie es in diesem Falle geschah, die erste Operation unter Lokalanästhesie vor sich gehen kann (Eucain) und so die gleich hinterher begonnene Ernährung durch kein Erbrechen gestört wurde.

Erwähnt sei noch, dass B. bis dahin bei ähnlichen Operationen im Allgemeinen die Naht bevorzugt hatte. **F. Kraemer** (Berlin).

22) **Sörensen.** Über stenosirende Dünndarmtuberkulose.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 2.)

Mittheilung von 3 Fällen. Im einen handelte es sich um eine solitäre Stenose des Ileum, in den beiden anderen waren neben einer typischen Ileocoecalgeschwulst eine ganze Anzahl von ringförmigen Strikturen des unteren Dünndarmes vorhanden. Es wurde in allen 3 Fällen die Enteroanastomose gemacht und Befreiung von allen Beschwerden erzielt. **Borchard** (Posen).

23) **K. Hügel.** Ileocoecale Resektionen bei Darmtuberkulose. Beitrag zur Frage der Darmausschaltung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 4.)

Verf. berichtet über 3 Fälle von Tuberkulose des Dickdarmes, bei denen operativ vorgegangen werden musste. Bei dem einen Falle war eine tuberkulöse Geschwulst der Regio ileocoecalis vorhanden, bei dem 2. Pat. neben dieser noch das Colon ascendens bis zur Mitte des Colon transversum ergriffen, und im 3. Falle hatte die Krankheit die Flexura coli dextra ergriffen. Die Eingriffe bestanden in Anlegung von Anastomosen, Ausschaltung der kranken Darmpartien und Resektion derselben. Sie führten in 2 Fällen zur Heilung nach sehr eingreifenden und schwierigen Operationen, 1 Pat. starb. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte jedes Mal die Diagnose.

Bei der Besprechung der Frage, welche Operation am zweckmäßigsten in solchen Fällen vorzunehmen sei, entscheidet sich H. dafür, dass man den kranken Theil möglichst total entfernen soll. Was die Ausschaltung des Darmes betrifft, so schließt H. sich Denen an, welche eine totale Ausschaltung mit blinder Vernähung beider Enden ohne Sicherheitsventil als zu gefährlich und darum unzulässig ansehen. Er hält die bisher veröffentlichten und als geheilt geltenden Fälle solcher totalen Darmausschaltungen mit Recht nicht für einwandsfrei. Außerdem aber glaubt er, dass Ausschaltung der kranken Darmtheile und Enteroanastomose keine Dauerheilung garantiren, wesshalb er mit v. Eiselsberg und v. Barącz bei beweglichen und nicht zu großen Geschwülsten ohne Tuberkulose der regionären Lymphdrüsen und Komplikation von Lungenphthise die Resektion als Operation der Wahl ansieht. Bei Fällen mit gleichzeitiger Lungentuberkulose empfiehlt Verf. auch die totale Darmausschaltung mit Eröffnung der vorgelagerten Darmenden. Man kann durch Jodoformgazetamponade den ausgeschalteten Darm gegen die Bauchhöhle fest abschließen und, wenn es später der Kräftezustand erlaubt, nach dieser Voroperation noch die Resektion ohne eine 2. Laparotomie anschließen, d. h. sie extraperitoneal ausführen.

Am Schlusse seiner Arbeit schreibt H. folgenden Satz: »Sicherer aber ist, durch Abbinden oder Abklemmen der zu dem vorgelagerten Darmabschnitte führenden Mesenterialgefäße die Involution der Tuberkulose zu erreichen, wodurch möglicherweise eine spätere Resektion erspart bleibt«.

Die Heilung tuberkulöser Herde durch Schwächung der Ernährung kranker Körpertheile widerspricht indess wohl im Allgemeinen den Principien, welche die moderne Therapie bei der Heilung der Tuberkulose anerkennt.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

24) **Tenderich.** Über Darmverschluss während der Schwangerschaft.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVI. p. 610.)

Verf. operirte eine dicht vor der Entbindung stehende, an Ileus erkrankte Schwangere mit Glück. Da links neben dem Nabel eine druckempfindliche Stelle bestand, Schnitt am linken äußeren Rectusrande. Es stellten sich reichlich Därme vor den Uterus ein, und es fand sich ein Pseudoligament in der Richtung etwa zwischen Nabel und Schenkelring, welches eine Schlinge abschnürte. Die letztere, durch Trennung des Bandes frei gemacht, war sehr gangränverdächtig, konnte aber äußerer Umstände halber nicht resecirt werden, wesshalb sie in der Wunde fixirt wurde. Verlauf: Gangrän der eingenähten Schlinge, widernatürlicher After. Am nächsten Tage normale Geburt. Genesung vom Ileus. Der widernatürliche After heilte unter Klemmenbehandlung bis auf eine Fistel.

Verf. giebt im Anschlusse daran eine Tabelle von 20 ihm aus der Litteratur bekannt gewordenen Fällen. Die Schwangerschaft, die in den einzelnen Fällen sehr verschieden weit vorgeschritten war, scheint an sich kaum zum Entstehen des Ileus von Wichtigkeit gewesen zu sein. Die Veranlassung zu letzterem war recht verschiedenartig: Pseudoligamente, Invagination, Darmstriktur etc. 9 Fälle sind medikamentös behandelt (4 geheilt, 5 †), 9 sind laparotomirt (5 geheilt, 4†), 2mal wurde künstliche Frühgeburt gemacht. T. sieht die letztere nicht als rationell an, sondern spricht allein zu Gunsten der Laparotomie, bei welcher er in seinem 10 Monate schwangeren Falle die räumlichen Verhältnisse in der Bauchhöhle nicht beengter fand, als bei sonstigen Ileusfällen. (T. hat hier besonderes Glück gehabt. Ref. fand in einem analogen Falle[1] nach Eröffnung der Bauchhöhle in der Mittellinie die Därme völlig durch den gewaltigen Uterus verdeckt, den Bauchhöhleneinblick gleich Null. Die künstliche Geburtseinleitung wäre hier wahrscheinlich zweckmäßiger gewesen. T.'s kasuistische Sammlung ist unvollständig. Er übersah z. B. 2 Fälle von Meyer [Kopenhagen] — Monatsschrift für Geburtshilfe Bd. IX — und 1 Fall von Münchmeyer [Dresden] — Centralblatt für Gynäkologie 1899 p. 1376).

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

25) **A. O. J. Kelly** (Philadelphia). Tumours of the vermiform appendix.

(University med. magazine 1900. Mai.)

Die Seltenheit der Geschwülste am Wurmfortsatze ist allerseits in den Statistiken anerkannt, ein wohl vollständiges Litteraturverzeichnis ist beigefügt. Unter 706 Wurmfortsätzen, welche in den 3 Jahren 1897/99 von John B. Deaver im Deutschen Hospitale in Philadelphia operativ entfernt wurden, fand K. 3mal Carcinom und 1mal Endotheliom; dagegen wurde an der Leiche niemals Geschwulstbildung gefunden. Die Symptome waren stets die der Appendicitis. 3mal waren mit derselben gleichzeitig entzündliche Vorgänge verbunden, welche zur Operation geführt hatten. Die Geschwülste waren dabei von mikroskopischer Größe und würden bei gewöhnlicher Untersuchung dem Beobachter entgangen sein. Wenigstens in 3 Fällen handelte es sich wohl sicherlich um primäre Geschwülste, was im 4. Falle zweifelhaft blieb. Bemerkenswerth war in 2 Fällen das jugendliche Alter der Kranken, 24 und 19 Jahre.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

26) **K. G. Lennander.** Plastisk operation vid incontinentia ani.

(Upsala Läkareförenings Förhandlingar. N. F. Bd. V. p. 589.)

Verf. theilt 2 neue Fälle von Sphinkteroplastik mit. Der 1. Fall L.'s ist mit seinen operationstechnischen Einzelheiten in diesem Blatte 1899 p. 722 vom Verf. beschrieben worden. Der 2. Fall betraf einen 35jährigen Mann, der wegen Uro-

[1] Kurz erwähnt in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVI. p. 435.



genitaltuberkulose vor 6 Jahren mit Exstirpation der Prostata, beider Samenblasen, des linken Samenstranges und Nebenhodens behandelt war. Auch die hintere Seite der Harnröhre wurde in einer Ausdehnung von 3 cm resecirt. Da eine mäßige Inkontinenz für Winde bestehen blieb, wurde 3 Jahre später von einem anderen Arzte der Sphincter ani durch einige Suturen verkürzt. Wahrscheinlich wurden dabei sowohl Urethra wie Mastdarm mitgefasst; denn es kam zu einer urethrorectalen Fistel, durch welche $^1/_3$ des Harnes abging, und die Inkontinenz wurde so sehr verschlechtert, dass Pat. sich der Gesellschaft gänzlich entziehen musste. Nach vorherigem hohen Blasenschnitte machte nun Verf. die plastische Operation, welche durch die 2 vorhergegangenen Operationen bedeutend erschwert wurde. 6 Wochen nach der Operation konnten sowohl Winde wie Koth zurückgehalten werden, dann aber bildete sich im Becken zwischen Mastdarm und Kreuzbein ein Abscess aus, der zu einer dauernden Urethro-rectalfistel führte. Die durch dieselbe abgehende Harnmenge ist jedoch mit der Zeit höchst unbedeutend, die Fähigkeit, die Darmcontenta zurückzuhalten, fast vollkommen geworden. Dennoch will Verf. diesen Fall nicht als vollbeweisend für die Möglichkeit, die Funktion des Sphincter ani durch kombinirte Wirkung der Levatores ani und Glutaei maximi zu ersetzen, erachten, einmal weil die rechte Seite des Sphinkters sich in diesem Falle kontrahiren konnte, und weil zweitens wahrscheinlich der größte Theil der Levatores ani kontraktionsunfähig war.

Der 3. Fall betraf einen 63jährigen Mann mit voller Incontinentia alvi nach Exstirpation des Mastdarmes wegen Krebs. Die plastische Operation wurde ähnlich wie in den vorerwähnten Fällen ausgeführt, aber die Drainage in weit größerer Ausdehnung gemacht als vorher. Der Effekt der Operation war der gewünschte. Schon 1 Monat nach der Entlassung stellte sich die Defäkation nur 1mal am Tage ein, wenn die Stühle nicht diarrhoisch waren.

Verf. hält es für wünschenswerth, den amputirten Mastdarm so weit wie möglich nach vorn im Damme einzunähen, um Raum zu gewinnen zur Transplantation einer großen Muskelmasse, vielleicht mit Exstirpation des Steißbeines. Vielleicht kann die Sphinkterplastik in einzelnen Fällen auch in derselben Sitzung mit der Rectaloperation ausgeführt werden. **Hansson** (Cimbrishamn).

27) **Jordan** (Heidelberg). Über die subkutane Milzzerreißung und ihre operative Behandlung.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 3.)

In dem die Abhandlung veranlassenden Falle handelte es sich um einen jungen Officier, der, nach hinten vom Pferde stürzend und auf die linke Seite aufschlagend, sich dabei den Korb seines gegen einen Baum andrängenden Säbels in die linke Bauchseite stieß und sofort heftige Schmerzen in letzterer empfand. Dieselben steigerten sich bald noch mehr, es trat Erbrechen, Schwächegefühl und Unruhe ein. Die Milzgegend und ihre Umgebung war auf Druck äußerst empfindlich, zeigte bald ausgedehnte Dämpfung, die Bauchmuskulatur starre Kontraktion, die Leberdämpfung keine Veränderung; der Puls war beschleunigt und klein, das Aussehen des Pat. stark anämisch.

Nach und unter subkutaner Kochsalzinfusion Operation in Äthernarkose; aus dem eröffneten Leibe entleerten sich ca. 2 Liter flüssigen, dunklen Blutes. Die Milz zeigte oberhalb des unteren Poles einen die ganze Dicke des Organes durchsetzenden Querriss, einen 2. Einriss nahe dem Hilus; auffallenderweise fand sich der Dünndarm in seiner einen Hälfte krampfhaft zusammengezogen, in der anderen aufgebläht, auch das S romanum spastisch kontrahirt. Exstirpation der Milz nach Anlegung eines 2. (queren) Schnittes am unteren Rippenbogen. — Pat. erholte sich bis zum nächsten Tage; Meteorismus, Erbrechen, heftige Schmerzen, Schwächeanfälle, Fieber als Symptome einer umschriebenen Peritonitis so wie einer trockenen Pleuritis sin. komplicirten den weiteren Verlauf; doch erfolgte schließlich Heilung, ohne dass es zu Erscheinungen gekommen war, die auf vikariirende Thätigkeit anderer blutbildender Organe schließen ließen. Die Blutuntersuchung ergab circa 10 Wochen nach der Verletzung Herabsetzung des Hämoglobingehaltes auf 50%

und Verminderung der rothen Blutzellen, einige Monate später nahezu normalen Befund; Pat. ist jetzt wieder vollständig gesund.

Anschließend an den Fall, werden unter Berücksichtigung der Litteratur die Symptomatologie und Behandlung der Milzzerreißung, die Erfolge der Splenektomie und die Bedeutung der Milz im Allgemeinen besprochen. Bis jetzt liegen 18 Fälle von erfolgreicher Exstirpation der verletzten Milz vor.

Kramer (Glogau).

28) **Karewski.** Ein Fall von traumatischer Milznekrose.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 1.)

Ein 12jähriges Mädchen war in einem Thorwege zwischen einen schweren Wagen und den Rand des Thorweges gerathen. Außer einem Schlüsselbeinbruche stellten sich allgemein peritonitische Erscheinungen ein, die an eine Darmkontusion denken ließen. Nach 14 Tagen waren die Erscheinungen vorüber. Nach kurzer Zeit trat Fieber auf, als dessen Ursache sich ein linksseitiger subphrenischer Abscess erwies. Bei der perpleuralen Eröffnung desselben lag in der Abscesshöhle die nekrotische, aus der Kapsel herausgepresste Milz, die sich leicht und ohne nennenswerthe Blutung entfernen ließ. **Borchard** (Posen).

29) **D'Arcy-Power.** Successful removal of an enlarged and displaced spleen.

(Brit. med. journ. 1900. November 17.)

Bei einer ca. 40jährigen Frau stellten sich nach einem Stoße in die linke Seite Unterleibsbeschwerden ein, welche an Intensität immer mehr zunahmen. 2 Jahre nach dem Unfalle bemerkte Pat., dass der Leib an Umfang zunahm. Die weiteren Erscheinungen bestanden in Verdauungsstörungen, Erbrechen, Abmagerung.

Bei der Untersuchung zeigte der Leib einen Umfang, wie zwischen dem 6. und 7. Monate der Gravidität. Die ganze linke Seite des Bauches war von einer großen, weichen Geschwulst eingenommen. Dieselbe war frei beweglich, doch verursachte die Verlagerung nach oben lebhafte Schmerzen. Ein Zusammenhang der Geschwulst mit den Genitalien ließ sich ausschließen.

Bei der Operation erwies sie sich als die vergrößerte und verlagerte Milz mit so langem Stiele, dass sie bequem außerhalb der Bauchhöhle gelagert werden konnte. Die Stielgefäße wurden unterbunden und die Milz ($2^1/_2$ Pfund schwer) entfernt.

22 Tage nach der Operation, nachdem der Verlauf bis dahin ein durchaus günstiger gewesen war, traten Temperatursteigerungen auf, 2 Tage später war der Zustand sehr bedenklich, doch gingen die bedrohlichen Erscheinungen wieder zurück, um sich indess noch einmal zu wiederholen. Es wurde ein subphrenischer Abscess festgestellt und eröffnet; nach Abstoßung einiger Ligaturen schloss sich die Höhle. Völlige Heilung. Irgend welche Erscheinungen von dem Ausfalle der Milzfunktion hat die Kranke nicht gehabt. Die mikroskopische Untersuchung ergab lediglich Hypertrophie des Milzgewebes. **Weiss** (Düsseldorf).

30) **Franke.** Über einen eigenthümlichen Fall traumatischer adhäsiver Peritonitis (Perihepatitis).

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1900. No. 11.)

Ein 26jähriges Fräulein erkrankt plötzlich mit Erbrechen und »fürchterlichen« Schmerzen in der Lebergegend ohne Temperatursteigerung. Etwa 3—4 Wochen vorher war dieselbe vom Rade auf die linke Seite gestürzt, wobei sie sich den linken Arm verstaucht hatte. Da in den nächsten Wochen trotz Behandlung mit Eisblase, heißen Umschlägen, Terpentin-Prießnitz-Umschlägen, leichten Abführmitteln eine Besserung nicht eintritt, wird die Laparotomie vorgenommen. Hierbei zeigt sich die ganze vordere Fläche des rechten Leberlappens mit dem gegenüberliegenden Bauchfelle verwachsen, so dass sich in Folge dieser ziemlich frischen

Verwachsungen die Leber bei der Athmung nicht verschiebt. Die Verwachsungen werden gelöst, und es tritt reaktionslos Heilung ein.

Da Verf. bei der betreffenden Dame die Thatsache konsequenten, jahrelangen Schnürens feststellen konnte, sucht er unter ausführlicher Begründung seiner Annahme die Entstehung der Erkrankung in der Weise zu erklären, dass bei dem erwähnten Radfahrunfalle in Folge starken Schnürens zunächst eine oberflächliche Leberruptur eintrat und in Folge weiteren Schnürens sich hieraus eine Perihepatitis entwickelte. **Motz** (Hannover).

31) **Chevalier.** Hépatite suppurative, Laparotomie, Autopsie.
(Arch. méd. belge 1900. Februar.)

Der vorliegende Fall ist merkwürdig wegen der Schwierigkeit der Diagnose, welche selbst nach der Laparotomie nicht gestellt werden konnte. Pat., ein Unterofficier, erkrankte ohne bekannte Veranlassung unter gastrischen Erscheinungen, namentlich mit Schmerzen im Epigastrium. Fieber, Kopfschmerz, Epistaxis fehlten, Stuhlgang normal. Appetit gering. Man gab ein Abführmittel. 2 Tage später setzten erhöhte Temperaturen ein, die Schmerzen vertheilten sich mehr im ganzen Unterleibe. Am 12. Tage kam ein Schüttelfrost, auf Chinin verschwand das Fieber. Die Leber zeigte sich vergrößert, war aber auf Druck nicht schmerzhaft. Am 15. Tage kam ein 2. Schüttelfrost, ein 3., und 4. folgte, und so zog sich der Fall hin, ohne dass man zu einer genauen Diagnose kam. Die Behandlung bestand in inneren Mitteln, Chinin, Arsenik etc., äußerlich gab man Umschläge. Der Urin war und blieb normal. Am 36. Tage glaubte man einen Leberabscess annehmen zu müssen, aber eine Probepunktion blieb erfolglos. Am 40. Tage machte man die Laparotomie in der Linea alba zwischen Proc. ensiformis und Nabel. Der linke Leberlappen war stark vergrößert, aber trotz genauester Untersuchung der Bauchhöhle fand man nichts, so dass man wieder zunähte. Tod 5 Tage später. Die Sektion ergab einen größeren, 250 g haltenden Abscess in der Tiefe hinter dem linken Leberlappen, da wo der rechte ihm ansitzt. Beide Leberlappen enthielten noch zahlreiche kleinere Abscesse, die aber als pyämische nicht bezeichnet werden konnten, vielmehr aus einer Cholangitis sich entwickelt zu haben schienen. Dr. Hermann, Direktor des bakteriologischen Institutes in Mons, fand in dem Eiter neben zahlreichen Mikrobien vorwiegend eine Abart des Bact. coli, welche am meisten auf den Eberth'schen Bacillus herauskommt. Die Ätiologie des Falles blieb dunkel. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

32) **C. Oddo.** L'abcès du foie par contusion chez l'enfant.
(Revue des malad. de l'enfance 1901. Januar.)

Zusammenstellung von 9 Fällen aus der Litteratur und einem eigenen Falle. Einem 13jährigen Knaben fällt ein 10 kg schweres Kohlenstück auf die Regio iliaca dextra. Anfangs nur Schmerzen an dieser Stelle, vom 4. oder 5. Tage an Fieber. Am 14. Tage nach der Verletzung erst Schmerzen in der Lebergegend. Etwa 25 Tage nach dem Unfalle Erbrechen und Auswürgen von großen Mengen Eiter.

5 Tage später, bei der Aufnahme in die Klinik, bestand schmerzhafte Vorwölbung in der Regio epigastrica, 4 cm von der Mittellinie entfernt.

Der Zustand war der eines Phthisikers im letzten Stadium.

Am nächsten Tage Emphysem über der Vorwölbung; der Tod schien bevorzustehen. Die Incision zeigte Verklebung des Peritoneums und entleert schokolatenfarbigen Eiter, der Leberzellen enthält; große subphrenische Höhle; bei Ausspülung wird Spülflüssigkeit unter Husten entleert, ein Leberabscess nicht gefunden. Schnelle Erholung.

Die Kommunikation mit dem Bronchus am 4. Tage nicht mehr nachzuweisen. Nach der Operation Symptome des Pneumothorax subphrenicus. Die beabsichtigte Rippenresektion, um auch die Höhle von hinten her drainiren zu können, sollte 4—5 Wochen später vorgenommen werden. Dieselbe wird verweigert. Ausgang unbekannt.

Verf. betont: 1) die Häufigkeit der traumatischen Leberabscesse im Kindesalter im Gegensatze zu der geringen Neigung zu Leberabscessen aus anderen Ursachen, also das umgekehrte Verhalten wie beim Erwachsenen;

2) die Möglichkeit einer sekundären Abscessbildung in der Leber nach traumatischer Erkrankung im Bauchfellraume (siehe seinen Fall).

Besprechung der Symptome des Pneumothorax subphrenicus im Anschlusse an Körte (3 verschiedene Schallzonen), den er in 2 Punkten ergänzt:

1) Über der tympanitischen Zone hörte man normales vesiculäres Athmen, am deutlichsten vorn, wo jedoch auch der tympanitische Klang am stärksten ausgebildet war (letzterer Umstand besonders gegen abgesackten Pneumothorax intrapleuralis sprechend).

2) Ein eigenthümliches entferntes amphorisches Gurren (gargouillements), das unabhängig von der Athmung auftritt, besonders bei Lageveränderungen.

F. Göppert (Kattowitz).

33) **F. Kuhn** (Kassel). Freie Gänge bei Gallensteinoperationen.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 3.)

Da die Ursache von Recidiven nach Gallensteinoperationen häufig ältere zurückgebliebene Konkremente sind, die dann die Wege verlegen oder Entzündungen machen, ist es unbedingt nothwendig, sich vor Schluss der Bauchhöhle davon zu überzeugen, dass alle Gänge vollständig frei sind, so schwierig dies auch in manchem Falle werden kann. Ein prägnantes Beispiel hierfür theilt K. aus seinen Erfahrungen mit; erst nach wiederholter Operation zum Schlusse einer Gallenblasenfistel gelang es in dem betreffenden Falle, das Hindernis für den freien Gallenabfluss in den Darm an der Ausmündungsstelle des Ductus choledochus ins Duodenum nachzuweisen. Verf. bedient sich hierbei mit Vortheil einer am Ende geknöpften und verschlossenen und mit einem knieförmigen Mandrin versehenen Spiralsonde, die er noch in einem anderen Falle bewährt gefunden hat. Ein anderes brauchbares Hilfsmittel, das K. zur Darstellung der Topographie und Durchgängigkeit der Gallengänge angewandt hat, bestand darin, dass letztere nach wasserdichtem Abschlusse der Gallenblasenfistel durch ein Gummirohr mittels eingespritzten sterilen Salzwassers angefüllt wurden. **Kramer** (Glogau).

34) **Marwedel.** Zur Kasuistik der Pankreasabscesse. (Aus der chirurg. Univ.-Klinik in Heidelberg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 1.)

Der von M. operirte Fall betraf einen 60jährigen Mann, der seit 10 Monaten an nach links ausstrahlenden Schmerzen in der rechten oberen Bauchseite litt und bei sehr geringem Appetite mehr und mehr abgemagert war. Die Untersuchung stellte eine rundliche, sich hart anfühlende Geschwulst in der Tiefe des linken Epigastriums fest, die Mittellinie nach rechts um 2—3 cm überragend, bei Druck nicht schmerzhaft und nach dem Ergebnisse der Magenaufblähung scheinbar zwischen Colon und Magen, in Wirklichkeit aber unterhalb des ersteren gelagert. Der Urin enthält etwas Eiweiß und Zucker, die Körpertemperatur war nur 1mal etwas erhöht, sonst normal. Bei dem wegen Verdacht auf eine vom Schwanztheile des Pankreas ausgehende Geschwulst ausgeführten Bauchschnitte fand sich jene über faustgroß, vom Dünndarmgekröse überlagert und erwies sich als ein großer retroperitonealer Abscess im peripankreatischen Gewebe, der vom Pankreas ausgegangen war. In dem dicken, übelriechenden Eiter wurde später der Bacillus pneumoniae Friedländer nachgewiesen, nekrotisches Pankreasgewebe nicht gefunden. Fixation der Abscesswände am parietalen Bauchfell, Drainage der Höhle. Ungestörter Verlauf mit Bildung einer allmählich sich schließenden Chylusfistel; Heilung mit vollständigem Aufhören der Schmerzen und rascher Erholung des Kranken.

Den von Körte zusammengestellten 7 Fällen von operirtem Pankreasabscess, zu denen noch ein weiterer von Elliot kommt, reiht sich der vorstehend berichtete als 9. Fall an, so dass jetzt im Ganzen 6 durch Operation geheilte Fälle vorliegen. **Kramer** (Glogau).



35) **Greisch.** Über einen Fall von Pankreascyste mit den Erscheinungen des Choledochusverschlusses.

(Inaug.-Diss. Kiel, 1900. 27 S.)

46jähriges Mädchen, auf der Helferich'schen Klinik operirt, seit über 1 Jahr ikterisch, zeigt eine Geschwulst der Gallenblase (Ektasie), daneben eine Cyste im Kopfe des Pankreas, die incidirt wird. Da ein Verschluss des Choledochus vermuthet wird, Choledocho-Duodenostomie. Dabei findet sich im Duodenum reichlich Galle, so dass erkannt wird, dass nur eine Kompression des Choledochus durch die Pankreascyste vorgelegen hat. Heilung.

H. Lindner (Dresden).

Der 19. Kongress für innere Medicin

findet vom ***16.—19. April 1901*** *in* ***Berlin*** *statt.*

Die Sitzungen finden im ***Architektenhause****, Wilhelmstraße 92/93, statt.*

Folgende Themata sollen zur Verhandlung kommen:

Herzmittel und Vasomotorenmittel.

Referenten: Herr Gottlieb (Heidelberg) und Herr Sahli (Bern).

Myelitis acuta.

Referenten: Herr v. Leyden (Berlin) und Herr Redlich (Wien).

Im Übrigen Vorträge und Demonstrationen.

Folgende Vorträge sind bereits angemeldet:

Herr Bier (Greifswald): — Auf Wunsch des Geschäftskomités —: Über die Anwendung künstlich erzeugter Hyperämien zu Heilzwecken.

» Smith (Schloss Marbach): Die Funktionsprüfung des Herzens und sich daraus ergebende neue Gesichtspunkte.

» Schütz (Wiesbaden): Über die Hefen unseres Verdauungskanales.

» J. Hofmann (Schloss Marbach): Über die objektiven Wirkungen unserer modernen Herzmittel auf die Herzfunktion.

» Hirschberg (Frankfurt a/M.): Die operative Behandlung der hypertrophischen Lebercirrhose.

» v. Strümpell (Erlangen): Über Myelitis.

» Schott (Nauheim): Über das Verhalten des Blutdruckes bei der Behandlung chronischer Herzkrankheiten.

» Strasburger (Bonn): Gärungsdyspepsie der Erwachsenen.

» Hugo Wiener (Prag): Über synthetische Bildung der Harnsäure im Thierkörper.

» Münzer (Prag): Zur Lehre von der Febris hepatica intermittens nebst Bemerkungen über Harnstoffbildung.

» Litten (Berlin): Thema vorbehalten.

» Hermann Strauss (Berlin): Demonstration eines Präparates von »idiopathischer« Ösophagusdilatation.

» Martin Mendelsohn (Berlin): Über die Erholung des Herzens als Maß der Herzfunktion.

» Karl Hirsch (Leipzig): 1) Über die Bestimmung des inneren Reibungswiderstandes des lebenden Blutes beim Menschen und über die Bedeutung der Viskositätsbestimmungen für die klinische Medicin.

—— 2) Demonstration eines Falles von Hernia diaphragmatica.

» J. Jacob (Cudowa): Pulswelle und Blutdruck im kohlensauren Bade, nach demselben, nach Duschen und Moorbädern, so wie Wirkung derselben auf den Herzmuskel.

» G. Klemperer (Berlin): Untersuchungen zur Prophylaxe der harnsauren Nierensteine.

» Felix Klemperer (Berlin): Über Nervenendigungen in Kehlkopfmuskeln.

» Aug. Hoffmann (Düsseldorf): Über paroxysmale Arhythmie.

Herr Paul Mayer *(Berlin-Carlsbad): Über den Abbau des Zuckers im Organismus.*

» v. Hansemann *(Berlin): Über Lungensyphilis (mit Demonstrationen).*

» Th. Sommerfeld *(Berlin): Pathologisch-anatomische Beiträge zur initialen Phthise.*

» Moritz *(München): Ergebnisse der orthoröntgenographischen Herzbestimmung für die Herzperkussion.*

» F. Wohlgemuth und C. Neuberg *(Berlin): Über das physiologische Verhalten der drei stereoisomeren Arabinosen. (Vorgetragen von Herrn* F. Wohlgemuth.*)*

» M. Bial *(Kissingen): Beobachtungen und Versuche über chronische Pentosurie.*

» Joh. Müller *(Würzburg): Über den Umfang der Stärkeverdauung im Munde und Magen des Menschen.*

» Rosenfeld *(Breslau): Über Organverfettungen.*

» F. Blumenthal und Dr. C. Neuberg *(Berlin): Über die Glycerose* ($C_3H_6O_3$).

» H. Rosin *(Berlin): Über die quantitativen Verhältnisse der Kohlehydrate im Harn und Blut, insbesondere der Diabetiker.*

» Prof. A. Baginsky: *Über einen konstanten Bakterienbefund im Scharlach.*

» P. Fr. Richter *(Berlin): Neuere Bestrebungen auf dem Gebiete der Nierendiagnostik.*

» Rothschild *(Frankfurt a/M.-Soden): Über die osmotischen Druckschwankungen pleuritischer Exsudate und ihre klinische Bedeutung.*

» Immelmann *(Berlin): Die Bedeutung der Röntgenstrahlen für den ärztlichen Sachverständigen.*

» Maximilian Neumann *(Wien): Die Radioskopie und Radiographie in der internen Medicin.*

» Eugen Jonas *(Liegnitz): Die Wichtigkeit der Nasenanomalien für die innere Medicin, ihre sociale und forensische Bedeutung.*

» O. Vogt *(Berlin): Über centralisirtes hirnanatomisches Arbeiten.*

» Hampeln *(Riga): Über die Pneumoniemortalität in Hospitälern.*

» Karl Franke *(München): Ein neuer Blutdruckmesser mit Pulsschreiber und Armauflage. (Mit Demonstration.)*

» Schücking *(Pyrmont): Über physiologische Wirkungen der Alkalisaccharate.*

» Gust. Singer *(Wien): Weitere Erfahrungen über die Ätiologie des akuten Gelenkrheumatismus.*

» Wilhelm Türk *(Wien): Zur Leukämiefrage.*

» Edlefsen *(Hamburg): Zur Ätiologie der Rachitis.*

» Lilienstein *(Nauheim): Über den Herzschatten in der Diaskopie und Radioskopie. (Mit Demonstration.)*

» Rob. Heintz *(Erlangen): 1) Die Wirkung äußerer (thermischer und chemischer) Reize auf die Gefäßvertheilung in der Tiefe.*

» —— 2) *Über Excitantia und Sedantia der Respiration.*

» Fritz Meyer *(Berlin): Zur Bakteriologie des akuten Gelenkrheumatismus.*

» F. Blum *(Frankfurt a/M.): Über Nierenerkrankung bei ungenügender Entgiftung enterogener Autointoxikationen.*

» Ewald *(Berlin); Mittheilung über Purgatin, ein neues Abführmittel.*

» Leon Acher *(Bern): Eine neue Methode zur Untersuchung des intermediären Stoffwechsels und über die Bildung der Milchsäure im Blute.*

» H. Brat *(Rummelsburg-Berlin, Goethestr. 2): Über die Bedeutung des Leimes als Nährmittel und ein neues Nährpräparat aus Gelatine.*

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel,* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 13. Sonnabend, den 30. März. 1901.

Zur Technik der Radikaloperation grofser Bauchwandbrüche.

Von
Prof. Dr. **Salistscheff** in Tomsk.

Zu den besten Methoden der Radikaloperationen von Brüchen gehören diejenigen, bei denen die Bruchöffnung nicht einfach durch passives fibröses Gewebe gedeckt wird, sondern aktives Muskelgewebe zum Verschlusse dient. Von diesem Gesichtspunkte aus erscheint die Methode von Bassini, die zunächst einen breiten Weg für die operative Hilfsleistung bei Hernien anbahnte, als thatsächlich radikale Operation bei Leistenbrüchen.

Eben so wird auch bei Nabelbrüchen und Brüchen in der Mittellinie der Bauchwand erst seit der Zeit ausreichende Hilfe geleistet, wo zur operativen Ausheilung derselben das Princip der Muskelplastik in Anwendung gebracht wird. Nachdem 1892 Condamin[1] und im darauffolgenden Jahre Gersuny[2] ihre Methoden der Radikaloperation der Nabelbrüche beschrieben, erschien eine Reihe werthvoller Mittheilungen, die dasselbe Thema weiter ausarbeiten (v. Bruns[3], Ostermayer[4], v. Brackel[5], Keen[6], Lauenstein[7], Kramer[8], Walther[9] u. A.).

Seitdem sind diese operativen Eingriffe, die bisher nur den geübten Händen kühner Chirurgen überlassen waren, Gemeingut Aller geworden und werden auch bei freien, nicht eingeklemmten Nabelbrüchen obligatorisch ausgeführt.

Die Grundlage der Arbeiten aller angeführten Autoren bildet das Princip der Verschiebung der anliegenden Muskeln in toto auf den vorher vernähten oder einfach entfernten Bruchring.

Vor nicht langer Zeit beschrieb Bessel-Hagen[10] eine neue Methode der Radikaloperation von Brüchen der Linea alba, bei der der M. rectus nicht in toto, sondern nur ein der Hälfte seiner Breite entsprechender Theil zur Deckung der Bruchöffnung benutzt wird. In der Mitte des Muskelbauches wird beiderseits die äußere Rectusscheide in ihrer Längsrichtung durchtrennt, dann die Mm. recti, so weit nöthig, der Länge nach nahezu bis zur inneren Scheide gespalten, die medialen Theile mit der zugehörigen äußeren Muskelscheide medianwärts umgeklappt und durch Muskelfasciennaht vereinigt. So kommt das äußere Blatt der Rectusscheide nach hinten zu liegen und dient mit zur Deckung der Bruchöffnung.

Gestützt auf Versuche an Thieren, empfehlen Diakonoff und Starkoff[11] zum Verschlusse kleiner Brüche an der Linea alba rechteckige, aus der halben Dicke des Rectus gebildete Lappen, die nur mit einem Ende mit dem Muskel in Verbindung bleiben, während das andere Ende frei ist.

Noch bevor mir diese letzte Arbeit zu Gesicht gekommen war, also unabhängig von ihr, kam mir bei Gelegenheit des folgenden Falles ein gleicher Gedanke.

Im März 1899 stellte sich mir der 30jährige Arrestant N. B. mit einem großen Bauchwandbruche vor; die Bruchöffnung befand sich im oberen Theile des

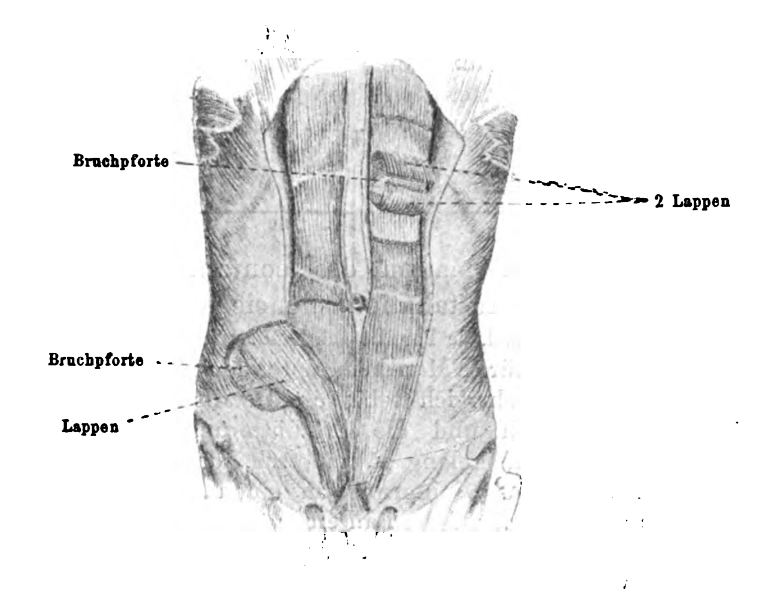
---

1 Archives provinc. de chir. 1892. No. 3 und 1893. No. 6.
2 Centralblatt für Chirurgie Bd. XX. No. 43.
3 Ibid. Bd. XXI. No. 1.
4 Ibid. Bd. XXI. No. 5.
5 Archiv für klin. Chirurgie Bd. L.
6 Med. news 1888.
7 Centralblatt für Chirurgie Bd. XXV.
8 Archiv für klin. Chirurgie Bd. L.
9 Revue de chir. T. XVIII. No. 12.
10 Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXII.
11 Centralblatt für Chirurgie Bd. XXVI.

M. rectus sin., der vor 3 Monaten bei einem Selbstmordversuche seiner ganzen Breite nach quer durchschnitten war und damals unvernäht blieb. Allmählich hatten sich die Schnittflächen des oberen und unteren Theiles des Muskels bis auf 8 cm von einander entfernt und gestatteten nicht die geringste Hoffnung auf direkte Vereinigung. Der Bruch war faustgroß. Ich beschloss zur vollständigen Deckung der Bruchöffnung 2 kurze Muskellappen zu bilden. Und so machte ich es auch.

Am 14. März 1899 Operation. An der Stelle des Bruches wurde, entsprechend der Mitte des linken geraden Bauchmuskels, durch einen Längsschnitt die Bauchhöhle eröffnet, während oberhalb und unterhalb des Bruches der Schnitt nur das äußere Blatt der Muskelscheide durchtrennte. Der Bruchsack wurde entfernt, das Bauchfell mit fortlaufender Naht vernäht. Der freigelegte M. rectus wurde sodann oberhalb wie unterhalb des Bruchpfortenraumes, 8 cm von ihm entfernt, der Quere nach von einem Rande zum anderen bis zu seiner halben Dicke durchschnitten und von hier aus in der Richtung zur Bruchöffnung hin seiner Dicke nach halbirt bis auf eine Entfernung von 2 cm vom Rande der Bruchpforte. Die so gebildeten Lappen wurden über die Bruchöffnung hinübergelagert und an ihren freien Rändern mit einander vernäht. Den Schluss der Operation bildete die Naht der Aponeurose und der Haut.

Die Heilung erfolgte per primam. Nach einem halben Jahre ließ sich konstatiren, dass an der Stelle der früheren Bruchöffnung sich eine feste, kontraktile Wand befindet, welche der Bauchpresse ausgezeichneten Widerstand leistet.



Ein 2. Mal wurde die gleiche Methode von mir, doch mit der Bildung nur eines langen Lappens, in Ausführung gebracht bei einem 39jährigen Kranken, der einen sehr umfangreichen Bruch von Mannskopfgröße in der vorderen seitlichen Bauchgegend aufwies, die Folge einer 5 Jahre früher beigebrachten Wunde. Die Öffnung, 12 cm lang und 9 cm breit, lag lateralwärts von der Scheide des Rectus abdomin. sin., etwa 2—3 cm von ihrem lateralen Rande entfernt, der Längsdurchmesser entsprach in seiner Richtung dem Faserverlaufe des M. obliquus externus.

Die Operation wurde am 25. September 1900 vorgenommen. Nach Entfernung der Narbe, des Überschusses verdünnter Haut und des Bruchsackes vernähte ich das Bauchfell. Mittels eines weiteren Längsschnittes legte ich den lateralen Rand der

Scheide des linken geraden Bauchmuskels frei, eröffnete sie, löste ihre vordere Wand ab und bildete wie oben aus dem Muskel einen Lappen von 16 cm Länge; der freie Rand kam nach oben zu liegen, die Basis nach unten. Zur Deckung der Bruchöffnung musste der Lappen von seinem Ansatzpunkte um etwa 50° nach links gedreht werden. Die Ränder der Bruchpforte wurden nun angefrischt und der Lappen so eingenäht, dass er durch die Naht mit den Mm. obliquus und transversus verbunden war. Mit Vernähung der V-förmigen Hautschnitte war die Operation beendet. In den Winkel des »V« kam ein Theil der verdünnten Haut aus der Umgebung der früheren Narbe zu liegen. Beim ersten Verbandwechsel am 5. Tage sah man, dass die verdünnte Haut im Winkel gangränescirt war und eine Granulationsfläche von 4 qcm hinterlassen hatte. Dieselbe vernarbte später.

Nach 3 Monaten war an die Stelle der großen Bruchöffnung eine feste, unnachgiebige Wand getreten, die sich eben so energisch kontrahirte, als die korrespondirende Stelle der gesunden Seite.

Angesichts der deutlich ausgesprochenen Muskeleigenschaften des verpflanzten Lappens kann es kaum einem Zweifel unterliegen, dass das Muskelgewebe desselben keiner Degeneration anheimgefallen ist, sich nicht in unkontraktiles und leicht dehnbares narbiges Bindegewebe verwandelt hat, vielmehr seiner ihm zukommenden physiologischen Bedeutung und Rolle durchaus nicht verlustig gegangen ist.

In beiden angeführten Fällen erhielten wir also an Stelle der früheren großen Bruchöffnung eine physiologisch normale Bauchwand — wir erhielten das Resultat, das von einer wirklichen Radikaloperation verlangt werden muss, d. h. nicht nur Beseitigung der Krankheit, sondern volle Wiederherstellung der physiologischen Funktion des operirten Organes.

---

1) **R. Piaget.** Transformation des courants alternatifs en courants continus. Installation silencieuse d'un moteur.

(Ann. des mal. de l'oreille Bd. XXV. Hft. 12.)

Der kleine Aufsatz dürfte Manchem, der einen Motor für Wechselstrom anschaffen will, lehrreich sein; die Details lassen sich kaum referiren. Das Geräusch und die Erschütterung von Seiten des Motors zu unterdrücken, gelang P. dadurch, dass er ihn auf ein Rosshaarkissen setzte, das seinerseits in einen Kasten gelegt und mit diesem an starken Spiralfedern an einer dicken Mauer aufgehängt wurde, während über den Motor ein mit Filz ausgeschlagener Holzkasten gesetzt wurde. **Kümmel** (Breslau).

2) **E. Braatz** (Königsberg). Zur Dampfdesinfektion in der Chirurgie.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 2.)

B.'s Versuche haben ihm von Neuem bestätigt, dass seine Verbandstoffeinsätze, die einen durchlöcherten Boden haben und mit geöffnetem, heruntergeklapptem Deckel in den Dampf gestellt werden, vor den von Schimmelbusch empfohlenen sehr erhebliche Vortheile besitzen, dass der Dampf in erstere mehr als 2mal so schnell

eindringt, als in letztere, und beim Gebrauch der Schimmelbusch-schen selbst nach $^3/_4$ Stunden die Verbandstoffe noch nicht von siedendem Dampfe durchdrungen sein können, somit die Gefahr unvollständiger Sterilisation bieten. Außerdem ergaben die Versuche, dass das Schimmelbusch'sche Princip der Vorwärmung der Verbandstoffe im Lautenschläger'schen Apparat fehlerhaft sei, da nach Rubner's Untersuchungen, von deren Richtigkeit sich B. bei seinen eigenen überzeugen konnte, die Temperatur vorgewärmter Stoffe, die einem gesättigten Dampfe von 100° ausgesetzt werden, auf 122° steigt und dieser überhitzte Dampf, nach dem Ergebnis bakteriologischer Prüfungen, gegenüber dem gesättigten von 100° von geringerer sterilisatorischer Wirkung ist. **Kramer** (Glogau).

---

3) **Tuffier.** Étude clinique et radiographique sur la réduction des fractures.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 949.)

T.'s Arbeit enthält kaum wesentlich Neues; die Erfahrungen, die er mittheilt, sind die gleichen, die jeder beschäftigte Chirurg zu seinem Leidwesen in eigner Praxis gemacht hat; ein Verdienst T.'s ist es aber, dass er sich nicht scheut, die Unzulänglichkeit unserer Behandlung der Knochenbrüche offen auszusprechen.

T. verglich in 45 Fällen von Knochenbrüchen das Ergebnis der skiagraphischen Untersuchung mit dem durch unsere anderen klinischen Untersuchungsmethoden gewonnenen und mit dem funktionellen Resultate. Als erstes Ergebnis konstatirt er die außerordentliche Häufigkeit der Unmöglichkeit einer guten Reduktion der Bruchstücke. Er hält es für eine Ausnahme, wenn es gelingt, bei einem Bruche des Unter- oder Oberschenkels oder des Oberarmes mit beträchtlicher Verschiebung der Fragmente eine exakte Koaptation zu erzielen, die durch die Skiagraphie bestätigt wird. Er erwähnt einen Fall von Unterschenkelbruch, in welchem er selbst und mehrere Kollegen eine gute Reposition und nur unbedeutende Verkürzung annahmen, und bei welchem das Skiagramm zeigte, dass das untere Fragment der Fibula mit dem oberen der Tibia verwachsen war. — T. betont weiter die große Schwierigkeit der Reposition selbst bei bloßliegender Bruchstelle in offener Wunde, die oft zu beobachtende Unmöglichkeit der Reduktion ohne Resektion der Bruchstücke. Die Ursache liegt theils in Interposition von Weichtheilen, theils im Gegeneinanderstemmen von Knochenvorsprüngen unregelmäßiger Bruchstücke, wesentlich aber daran, dass bei unseren Repositionsversuchen ein zu großer Theil der Zugkraft durch Verschiebung der Weichtheile verloren geht, dass unsere Kraft nicht am Knochen selbst, sondern an den ihn bedeckenden Weichtheilen angreift. Für die Reduktion bei offener Wunde hat T. desshalb einige besondere Instrumente erfunden, um ohne stärkere Quetschung einen direkten Zug am Knochen selbst in seiner Achse ausüben zu können. Um

die Retention durch Knochennaht zu erhalten, ist es nothwendig, die Durchtrittsstellen der Nähte durch den Knochen möglichst nahe an die Bruchstelle zu legen, die Fäden also kurz zu nehmen.

Glücklicherweise beweist die Prüfung der funktionellen Ergebnisse, dass für Wiederherstellung der Funktion eine vollständige Reduktion nicht unerlässlich ist. Wenigstens gilt dies für die Diaphysenbrüche, nach deren Konsolidation die Funktion oft selbst bei nicht unerheblicher Dislokation der Fragmente eine ganz zufriedenstellende ist, während bei den Brüchen der Epiphysen die Wiederherstellung der Funktion ganz innig mit einer möglichst exakten Wiederherstellung der normalen anatomischen Lageverhältnisse zusammenhängt.

Reichel (Chemnitz).

---

4) **W. Thorburn.** A clinical lecture on varix.

(Brit. med. journ. 1900. No. 7.)

T. unterscheidet bezüglich der Entstehungsweise der Varicen 3 Gruppen:

1) Angeborene Vergrößerung der Venen oder Schwäche ihrer Wandung und Klappen.

2) Behinderung des Blutabflusses aus den Venen.

3) Vermehrung der Blutzufuhr zu den Venen.

Die auf angeborener Anlage beruhenden Varicen finden sich hauptsächlich auf der linken Seite. Des weiteren beschränkt sich die Varicenbildung auf die Hauptvenenstämme mit oder auch ohne Betheiligung der größeren Äste. Die Erkrankung zeigt sich weitaus am häufigsten im Pubertätsalter beim männlichen Geschlechte. Das Hauptkontingent stellen diejenigen jungen Leute, welche wegen Krampfadern untauglich zum Militärdienste befunden werden. Häufiger ist eine erbliche Belastung zu konstatiren. Ödeme, Ekzeme und Geschwüre sind selten; von größerer Wichtigkeit ist indessen die Gefahr der Blutung. Das Leiden giebt zu mehr oder minder erheblichen Schmerzen Veranlassung. Manchmal findet sich auch eine Varicocele oder auch eine Erweiterung der Venen an den Armen und der Brust.

Bei der 2. Gruppe ist die Varicenbildung weit weniger scharf begrenzt. Das Leiden tritt beiderseitig auf, nur im Entstehungsstadium ist eine Seite befallen. Es findet sich eine Erweiterung der Venen jeglichen Kalibers. Hauptsächlich ist das weibliche Geschlecht betroffen. Das Leiden nimmt mit fortschreitendem Alter an Häufigkeit zu. Ödeme, Ekzeme und Geschwüre entwickeln sich nahezu in allen Fällen, während große Venensäcke mit atrophischer Hautbedeckung, welche die Gefahr einer profusen Blutung einschließen, zu den Seltenheiten gehören. Es lässt sich ein Faktum eruiren, welches zur Verlegung der Venen geführt hat; einen breiten Raum nimmt in der Ätiologie die Schwangerschaft ein.

Bei der 3. Gruppe finden sich keine Varicen an den großen Venenstämmen, wohl aber sind einzelne Stellen über das Bein ver-

streut, an welchen die kleinen Venen erweitert sind und eine sternförmige Anordnung von blaurothen Streifen zeigen. Ähnliche Verhältnisse finden sich im Rachen bei chronischer Pharyngitis, und auch an den Beinen ist an den afficirten Stellen eine Infiltration nachweisbar, welche auf eine alte Entzündung schließen lässt. T glaubt für die Entstehung dieser Varicen eine lang dauernde übermäßige arterielle Blutzufuhr verantwortlich machen zu müssen. Er bezeichnet die Veränderungen als hyperämischen oder entzündlichen Varix.

Bezüglich der 1. Gruppe nimmt Verf. an, dass es sich um eine wahre Hyperplasie der Vene handele. Auch bei der 2. Gruppe ist er geneigt, Störungen in der Entwicklung des Venensystems anzunehmen. Die alleinige Verlegung der venösen Abfuhr genügt ihm zur Erklärung nicht, da die so häufigen Venenerweiterungen bei Schwangern nach Ablauf der Schwangerschaft meist zurückgehen. Auf die Behinderung der Blutabfuhr sind die sekundären Erscheinungen, Ödeme etc., zurückzuführen. Aber auch nach Beseitigung des Hindernisses bleibt die Blutabfuhr behindert, da die Klappen durch den gesteigerten intravenösen Druck insufficient und die Muskulatur atrophisch geworden sind.

T. schließt, dass die Exstirpation der Varicen bei der 1. und 3. Gruppe zur Heilung führen kann. Die Prognose hängt dabei von der Ausdehnung der befallenen Partie ab. Bei der 2. Gruppe ist die Entstehungsweise zu berücksichtigen. Entwickeln sich die Varicen im Verlaufe der großen Venenstämme, dann bietet die Operation Aussicht auf Erfolg, findet sich dagegen eine diffuse Erweiterung des Venensystems, dann bietet die operative Behandlung weniger Aussichten.

Weiss (Düsseldorf).

---

5) **Wlaeff** et **Hotmann** (Villiers). Le traitement du cancer par l'injection d'un sérum anticellulaire. Rapporteur Lucas Championnière.

(Bull. de l'acad. de méd. de Paris III. No. 43 u. 44.)

W. und H. gehen von der Annahme aus, dass gewisse Blastomyceten, die sie aus Carcinomen gezüchtet haben, als deren Urheber anzusprechen seien. Zur Gewinnung des aktiven Serum werden Vögel, für die Immunisirungsversuche Ratten verwendet, bei denen durch Inokulation der Blastomyceten Geschwulstbildungen auftreten. 10 ccm des Serum werden für je eine Einspritzung beim Menschen verwendet. Den Versuchen wurden fast nur inoperable Carcinome unterworfen, und es hat sich etwa Folgendes ergeben:

1) Das Serum ist durchaus ungefährlich.

2) Abschwellen und Härterwerden von Geschwülsten ist festgestellt worden, eben so

3) Narbenbildung auf bisher geschwürigen Flächen,

4) Nachlass stärkerer Blutungen,



5) Abschwellen von Ödemen und Verminderung quälender Schmerzen.

6) Zunehmen von Appetit und Gewicht; eine Heilung nicht.

Die Kritik Lucas-Championnière's lässt sich kurz dahin zusammenfassen: Die Untersuchungen von W. und H. verdienen — obgleich wissenschaftlich unsicher begründet — Beachtung und Weiterführung.

Die nachfolgende Diskussion schließt sich den Ausstellungen Lucas-Championnière's an; die Wirkung des Serum sei vorübergehend und nicht als specifisch zu bezeichnen, da auch frühere Methoden heterogenster Art ähnlichen Einfluss erkennen ließen und noch kein mit dem Serum der Autoren behandelter Fall zur Heilung gelangt sei. Nach wie vor müsse die Forderung nach frühzeitigster Operation aufrecht erhalten werden. **Christel** (Metz).

---

6) **G. Zimmermann** (Dresden). Die Mechanik des Hörens und ihre Störungen.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1900. 110 S.

Die höchst interessante Arbeit Z.'s bringt eine durchaus neue Theorie der Mechanik des Hörens, die sich den physikalischen Gesetzen wie der klinischen Beobachtung in vollkommener Weise anpasst.

Die Theorie Helmholtz' nimmt bekanntlich an, dass unterschiedslos alle auftreffenden Schallschwingungen das Trommelfell mitsammt der Gehörknöchelchenkette in toto ein- und auswärts bewegen und damit eine Massenverschiebung des Labyrinthwassers vom ovalen zum runden Fenster hervorrufen. Z. weist nun an der Hand physikalischer Experimente, so wie der klinischen Beobachtung in überzeugender Weise die Unhaltbarkeit dieser Theorie nach.

Nach Z. erfolgt die Zuleitung direkt vom Knochen auf die rings an seiner Innenwand ausgespannten Radiärfasern, und das Labyrinthwasser stellt nur die Einbettungsflüssigkeit dar, welche beweglich genug ist, um den Resonanzschwingungen gegenüber auszuweichen. Diese Ausweichungsstelle des Labyrinthwassers ist das Schneckenfenster, dessen zarte Membran völlig geeignet und allein genügend ist, durch Formveränderung seiner Oberfläche den verschiedenen Schwingungsformen nachzugeben. Die Kette der Gehörknöchelchen dagegen ist bei der gewöhnlichen Schallzuleitung völlig unbetheiligt, sie tritt nur in Thätigkeit, wenn es gilt, allzu starke Schwingungen der resonirenden Fasern zu dämpfen.

Es ist nach Z.'s Theorie klar, dass gerade die Fälle, welche mit Verdickung oder Verkalkung der Membrana secundaria, so wie die mit knöcherner Obliteration einhergehenden Processe mit zunehmender Schwerhörigkeit bis zu völliger Taubheit verbunden sein müssen. Hier eröffnet sich der chirurgischen Therapie ein neues, dankbares Feld. Wird durch operative Freilegung und Eröffnung mittels der

elektrischen Fraise dem Schneckenmechanismus wieder Bahn geschafft, so ist anzunehmen, dass an Stelle des entfernten Knochens eine neue bindegewebige Membran sich bilden wird, die den resonirenden Schwingungen einen günstigen Spielraum gestattet. Die technische Ausführbarkeit konnte Z. an der Leiche, so wie beim Kranken nachweisen.

Auf Einzelheiten der klar geschriebenen, viele originelle Ausblicke bietenden Arbeit einzugehen, ist hier nicht der Raum. Das Studium derselben kann Jedem, der sich mit der Chirurgie des Ohres beschäftigt, angelegentlichst empfohlen werden.

Strauch (Braunschweig).

---

7) **Wagner** (Berlin). Influenza und Erkrankungen des Gehörorgans.

(Charité-Annalen Jahrg. XXI. p. 306.)

W. unterscheidet 2 Gruppen der Mittelohraffektionen nach Influenza. Bei der einen wird das Gehörorgan unmittelbar oder nur wenige Tage nach der Allgemeininfektion ergriffen. Hier wurde durch bakteriologische Untersuchungen schon 1889/90 festgestellt, dass es sich um reine Infektion durch Influenzabacillen handle. Charakterisirt waren die dieser Gruppe angehörenden Fälle durch die Erscheinungen hochgradiger Hyperämie der Paukenschleimhaut, welche neben Abnahme der Hörfähigkeit auch häufig schwere, subjektive Geräusche und Schwindelerscheinungen herbeiführte, als Ausdruck eines Druckes der Steigbügelplatte auf das Labyrinth in Folge einer Schleimhautschwellung in der Umgebung des ovalen Fensters.

Dieser Gruppe der reinen Influenza-Infektion steht die zweite Gruppe gegenüber, bei welcher außer den Influenzabacillen noch andere pathogene Mikroben zur Entstehung der Erkrankung des Mittelohres beitragen, vor Allem Streptokokken und Staphylokokken, aber auch Fränkel'sche Diplokokken. Hier erfolgt die Infektion des Hörorgans erst später vom Rachen aus und ergiebt sich ein weniger einheitliches und weniger charakteristisches Bild, eine Mischform.

Therapeutisch wird die frühzeitige Paracentese für die erste Gruppe verworfen, da sie die Abschwellung der Schleimhaut nicht bewirken kann und selten ein flüssiges Exsudat vorhanden ist, welchem Abfluss verschafft werden muss. Hinzu kommt noch die Gefahr der Infektion vom Gehörgang aus. Durch Eis, künstliche Blutegel und Diaphorese suche man Abschwellung der Schleimhaut zu erreichen. Operative Eingriffe sind nur bei Verdacht auf Eiterung im Warzenfortsatze, Betheiligung des Sinus, des Hirns und seiner Häute angezeigt.

Interessant sind auch beigegebene graphische Kurventafeln, welche die Zahl der Todesfälle an Influenza in Berlin in den Jahren seit 1893 darstellen und deren Zu- oder Abnahme im Vergleich zu klimatischen Faktoren, Anzahl der Sonnenstunden, Niederschlägen und

relativer Luftfeuchtigkeit ziehen. Erwähnt sei hier nur, dass sich ein deutlicher Einfluss dieser Faktoren nicht ersehen lässt. Andererseits ergiebt sich, dass die Maxima der einzelnen Epidemien in immer weiteren Zwischenräumen eintreten, so dass ein allmähliches Erlöschen der jetzt herrschenden Epidemie in Aussicht zu stehen scheint.

Lühe (Königsberg i/P.).

8) **P. Manasse.** Über Vereinigung des N. facialis mit dem N. accessorius durch die Nervenpfropfung (Greffe nerveuse).

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 4.)

Verf. macht die Nervenpfropfung, d. h. die Vernähung eines durchschnittenen Nerven in seiner peripheren Partie mit einem benachbarten Nerven von ähnlicher Funktion, welche die Gebrauchsfähigkeit im Gebiete des verletzten Nerven wiederherstellen soll, zum Gegenstande seiner Besprechung. Auf Grund einer sorgsamen Zusammenstellung der bisherigen klinischen Erfahrungen und besonders der über dieses Thema angestellten Thierexperimente kommt er zu der Ansicht, dass diese Versuche ungenügend seien, in so fern bei ihnen der strikte Nachweis der histologischen Vereinigung der Nerven durchgängig fehlt. Von diesem Gesichtspunkte aus nahm er neue Versuche an Hunden vor, indem er den N. facialis mit dem N. accessorius vernähte. Bei diesen Nerven besteht eine gleichartige und annähernd gleichwerthige Leistung, und es galt nun festzustellen, ob das periphere Ende des am Foramen styloideum durchschnittenen N. facialis mit dem Accessorius so verwächst, dass die Gesichtslähmung verschwindet, und ferner ob die physiologische, anatomische und histologische Untersuchung einen sicheren Übergang der Nervenfasern in einander erkennen ließ. Aus mancherlei im Originale genauer aus einander gesetzten Gründen wählte M. von den in Betracht kommenden Methoden die direkte Annähung des peripheren Facialisendes an den nicht seitlich angefrischten Accessorius. Diese Vereinigung wurde gewöhnlich durch 4 Seidennähte hergestellt, welche den N. accessorius in $^1/_4$ seiner Dicke mit fassten.

In klinischer Hinsicht zeigten die Experimente ein unbefriedigendes Ergebnis. Immerhin aber traten in der verhältnismäßig kurzen Dauer, in welcher die Thiere aus äußeren Gründen beobachtet werden konnten, Zeichen für das Schwinden der Lähmung auf. Auf den faradischen Strom trat innerhalb der 3 ersten Monate keine Reaktion ein, dagegen ließ sich eine solche bei allen Thieren von der zweiten Hälfte des vierten Monates an nachweisen. Übrigens zeigte sich eine sehr beträchtliche Regenerationsfähigkeit der durchschnittenen Nerven, in so fern wider Erwarten der centrale Theil des durchschnittenen Facialis die Vereinigungsstelle des peripheren Theiles mit dem Accessorius bei mehreren Thieren erreichte. Trotzdem aber konnte Verf. durch Anwendung schwacher Ströme nachweisen, dass der faradische Strom durch die neu hergestellte Verbindung hindurchgeleitet wurde, und auch die histologische Unter-

suchung wies überzeugend nach, dass der N. accessorius und der N. facialis an der Vereinigungsstelle durch direkten Übergang von Nervenbündeln kontinuirlich mit einander verbunden waren.

Nächst der Anführung seiner Versuchsprotokolle bespricht M. noch eine Reihe interessanter und wichtiger Fragen, von denen die am wesentlichsten sind, wie wohl die anatomische, histologische Verschmelzung der beiden Nerven zu Stande kommt, und vor Allem in welcher Weise die physiologische Thätigkeit des Facialis nach der Nervenpfropfung zu erklären ist. Es liegt in der Natur der Sache, dass speciell diese letztere Frage nur hypothetisch beantwortet werden kann.

Verf. ist der Ansicht, dass man Fälle von traumatischer Facialisparalyse, die jeder Behandlung trotzen und ihrem Träger das Leben verbittern, operativ zu beseitigen wagen darf, vorausgesetzt, dass man keine neuen Läsionen setzt und wie bei seinen Experimenten den N. accessorius nicht durchschneidet. Die Operation, die M. für den Menschen genauer schildert, soll sehr schwer seïn, hauptsächlich wegen der variirenden Lage des N. accessorius zur Vena jugularis interna. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

9) **G. Dalla Vecchia** (Parma). Le lesioni del pneumogastrico nei processi chirurgici del collo.

(Clinica chirurgica 1899. No. 3—7.)

D.-V. beschäftigt sich in seiner Arbeit mit den zufälligen Verletzungen des Vagus im Laufe von Halsoperationen. Der vorausgeschickten anatomischen, physiologischen und pathologischen Orientirung sind keine neuen Gesichtspunkte zu entnehmen. In die Zusammenstellung der einschlägigen Litteratur, die eine große Zahl von Beobachtungen umfasst, sind nur die zweifellosen Fälle aufgenommen. (Einen größeren Beitrag bietet die sonst schwer zugängliche italienische Kasuistik.) Aus diesen geht hervor, dass sich eigentlich keine bestimmte Regel ableiten lässt. In 45% der chirurgischen Verletzungen (31 Fälle) haben die Respirationsstörungen zum Tode geführt. Doch ist auch ein Fall erwähnt, welcher beiderseitige Vagusverletzung noch 3 Wochen überlebte. Traumatische Verletzungen, besonders Quetschungen, sind bedeutend ernster aufzufassen, wahrscheinlich weil nebst der Ausschaltung der Funktion auch ein dauernder Reizzustand der Centren geschaffen wird. D.-V. erhält auch eine Mortalität von 57%. Der Autor subsummirt unter diese Gruppe auch die Ligaturen des Vagus.

Experimentell hat sich D.-V. mit der Frage der Vagusnaht und der beiderseitigen Durchschneidung in 2 Zeiten beschäftigt. Die Naht des zuerst durchtrennten Nerven kann den sonst unvermeidlichen Tod bereits nach 25 Tagen abhalten.

D.-V. schließt »mit aller Sicherheit«, dass die einseitige Vagusdurchschneidung vom Organismus ohne Schaden vertragen wird; dass

daher eine Operation am Halse durch die Vagusdurchschneidung keine Verschlechterung der Prognose erfährt.

J. Sternberg (Wien).

---

10) **P. Linser.** Über die traumatischen Epiphysenlösungen am oberen Ende des Humerus.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 2.)

Ausgehend von 22 Fällen der v. Bruns'schen Klinik, so wie eigenen experimentellen histologischen Untersuchungen widmet L. der Pathologie und Therapie der traumatischen Epiphysenlösungen am oberen Humerusende eine ausführliche Besprechung. Die Ursache der Kontinuitätstrennung ist nach Verf. nicht, wie vielfach angenommen wird, eine indirekte, sondern gewöhnlich eine direkt wirkende Gewalt. Ist die Epiphysenlösung nicht mit Diaphysensplitterung verbunden, so erfolgt die Trennung stets peripher neben der Epiphysenlinie in einer halb knorpeligen, halb knöchernen Zone. Unter den verschiedenen Behandlungsmethoden erwies sich die vertikale Extension des Oberarmes bei horizontaler Lage des Pat. als erfolgreichste und sicherste. Bei dislocirt geheilten Epiphysenlösungen ist mit Rücksicht auf Funktion und Längenwachsthum des Knochens möglichst bald die blutige Reposition auszuführen.

Honsell (Tübingen).

---

11) **O. Loos.** Über subkutane Bicepsrupturen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 2.)

Anschließend an 4 Fälle der v. Bruns'schen Klinik hat L. das gesammte kasuistische Material über Rupturen im Bauche, so wie in der Sehne des Bicepsmuskels zusammengestellt und einer ausführlichen Besprechung unterzogen. Danach liegt die Ursache der Ruptur meist in einer Dehnung des kontrahirten Muskels durch Einwirkung einer lebenden Kraft an dem langen, vom Vorderarme gebildeten Hebelarme, zum kleinen Theile nur in einer Alleinbelastung des langen Kopfes. Der Regel nach betreffen die Kontinuitätstrennungen ausschließlich den langen Kopf, und zwar am häufigsten am Übergange von Sehne in Muskel; Rupturen des Muskels allein sind seltener, am seltensten kommen Rupturen innerhalb der Sehne vor. Die Therapie hat die Aufgabe, die Resorption des Blutergusses und die Annäherung der Muskelenden zu begünstigen, so wie einer Atrophie vorzubeugen; event. kann auch eine operative Vereinigung in Betracht gezogen werden. Die Prognose richtet sich nach Sitz und Ausdehnung der Rupturen. Von 14 Rupturen des Muskelbauches des langen Kopfes waren 8 von keinerlei Funktionsbeeinträchtigung gefolgt, von 10 Rupturen an der Übergangsstelle hatten nur 2 erheblichere Störungen zur Folge; sehr starke Störungen zeigten dagegen 2 Fälle von Sehnenzerreißung.

Honsell (Tübingen).

---

12) **G. Romniciano** und **M. Bolintimano.** La marche dans la coxotuberculose, étudiée à l'aide du cinématographe.

(Révue mens. des malad. de l'enfance 1900. December.)

Der Gang einer Anzahl dieser Art von Kranken ist in Bilderserien dargestellt; außer Einzelheiten fällt im Wesentlichen die schon durch das Gehör wahrnehmbare Verkürzung des Theiles der Schrittes auf, bei dem der kranke Fuß die Stütze bildet.

F. Göppert (Kattowitz).

---

13) **C. Blauel.** Über die Naht bei subkutaner Zerreißung des Ligamentum patellae.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 2.)

Wie Verf. an Hand zweier Fälle der v. Bruns'schen Klinik und mehrerer Beobachtungen aus der Litteratur erörtert, ist die bisher nur selten geübte Nahtvereinigung des zerrissenen Kniescheibenbandes ein leicht auszuführender Eingriff, der stets von vollem Erfolge begleitet gewesen ist und mit Recht empfohlen werden kann. Vor der konservativen Therapie hat das blutige Verfahren den wesentlichen Vortheil, dass die Heilung in kürzerer Zeit erreicht wird, und dass alle die Heilung verzögernden resp. verhindernden Zufälligkeiten — als Kapselinterposition oder Umkrempelung der Rissenden — sicher erkannt und beseitigt werden können. **Honsell** (Tübingen).

---

14) **A. Köhler** (Berlin). Über die neueren Vorschläge zur Behandlung des chronischen Unterschenkelgeschwürs.

(Charité-Annalen Jahrg. XXV.)

Berlin, **Aug. Hirschwald,** 257 S.

Wer sich für die außerordentlich reichhaltige Litteratur der letzten Jahre über die Behandlung des chronischen Unterschenkelgeschwüres interessirt, wird sie in höchst übersichtlicher Weise im vorliegenden Aufsatze zusammengestellt finden. Leider gilt auch heute noch der alte Satz, dass, je mehr verschiedene Behandlungsmethoden gegen ein Übel empfohlen werden, desto geringer die Aussichten für die Heilung sind. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

Kleinere Mittheilungen.

Circulus vitiosus mit tödlichem Ausgange nach Gastroenterostomie trotz Enteroanastomosis.

Von

Dr. Felix Franke,

Chefarzt des Diakonissenhauses Marienstift in Braunschweig.

Zur Vermeidung des so sehr gefürchteten Circulus vitiosus nach der Gastroenterostomie sind bekanntermaßen eine ganze Reihe von Modifikationen dieser

Operation angegeben worden, ohne dass bis jetzt eine einfache Methode gefunden wäre, die mit Sicherheit das Ausbleiben jener unangenehmen Komplikation verhütete. Ich selbst habe, wie ich auf dem Chirurgenkongresse 1899 mittheilte, seit dem Jahre 1892 die bogenförmige Aufhängung beider Darmschenkel angewandt und war nach den damit gemachten Erfahrungen wie Kappeler von seiner horizontalen Aufhängung überzeugt, dass bei diesem Verfahren ein Circulus vitiosus nicht auftreten könne. Und doch ist er schließlich, ohne dass ich eine bestimmte Ursache dafür angeben könnte, nicht ausgeblieben. Auch Kappeler hat mit seinem Verfahren eine schlechte Erfahrung gemacht, wie er in seinem Nachtrage (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. L) berichtete, dessgleichen Krause (Chirurgenkongress 1899).

Ich bin desshalb seit fast 2 Jahren dazu übergegangen, in gewissen Fällen nach Braun an die Gastroenterostomie die Enteroanastomose anzuschließen, und übe sie seit einem halben Jahre regelmäßig. Es ist ja keine Frage, dass sie die größtmögliche Sicherheit gegen das Auftreten des Circulus vitiosus gewährt. Gegenüber dieser Sicherheit kommt die geringe Verlängerung der ganzen Operation nicht in Betracht. Im Durchschnitt gebrauche ich zu der Enteroanastomosis nicht mehr als 5 bis höchstens 7 Minuten, wie ich mich mehrfach durch Kontrolle mit der Uhr überzeugt habe. Ich führe sie, wie wohl die meisten Chirurgen, mittels zweier Fäden durch, von denen der eine zuerst die hintere sero-seröse fortlaufende Naht besorgt, dann angespannt liegen bleibt, bis ich mit dem anderen die ganze seromuskuläre Naht ausgeführt habe, um dann noch für die vordere sero-seröse Naht verwendet zu werden. Gefäßunterbindungen habe ich dabei kaum einmal nöthig gehabt. Die bogenförmige Aufhängung der Darmschenkel habe ich natürlich unterlassen, da sie ja nun keinen rechten Zweck mehr hatte. Da die durch diese Unterlassung gewonnene Zeit der Enteroanastomosis zu Gute kommt, so hat man einen Grund mehr, diese auszuführen.

Aber auch die Enteroanastomosis hat den Circulus vitiosus mit ungünstigem Ausgange nicht verhütet, wie aus der Mittheilung Israel's in der Sitzung der Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins vom 9. Juli v. J. hervorgeht, und wie ich selbst an einer kürzlich operirten Kranken traurigerweise erleben musste. Während Israel einen Grund für den unglücklichen Ausgang seiner Operation nicht angeben konnte — eine genaue Beschreibung der Sektion und des Präparates fehlt — habe ich in meinem Falle als eigentliche Todesursache einen technischen Fehler nachgewiesen.

Bei der Wichtigkeit des Falles halte ich die Veröffentlichung desselben für geboten.

Es handelte sich um eine 30jährige Frau, die nach der Anamnese und dem Ergebnisse der Untersuchung an einer durch narbige Pylorusstenose bedingten Magenerweiterung und hochgradigen Abmagerung litt. Seit den letzten 8 Tagen hatte sie nichts mehr behalten, als dann und wann etwas Kaffee. Die schon vor einem halben Jahre empfohlene Operation hatte sie bisher immer abgelehnt.

Aufgenommen am 19. Januar, wurde sie, nachdem sie durch Nährklystiere und Kochsalzinfusionen etwas aufgefrischt war, am 21. Januar operirt. Chloroformnarkose, Schnitt in der Mittellinie. Magen dilatirt und am Pylorus mit der Gallenblase verwachsen. Nach Abbindung und Durchtrennung der Verwachsung zeigte sich, dass der Magen nach hinten durch feste Verwachsungen war fixirt. Am Pylorus eine weiße, etwas eingezogene Narbe. Wegen der Fixirung des Magens nahm ich von der geplanten Pyloroplastik Abstand und führte mittels Naht die Gastroenterostomie aus, und zwar wegen eigenthümlich günstiger Verhältnisse die bisher wohl noch nicht ausgeführte Gastroenterostomia posterior antecolica; die hintere Magenwand präsentirte sich förmlich zu diesem Verfahren, das Colon transversum übte auf die zur Verwendung gekommenen Darmschlingen absolut keinen Druck aus. Zur Sicherheit heftete ich durch ein paar Nähte das Mesocolon und das Netz um die Anastomose an den Magen an. Die Operation verlief schnell und tadellos, die mit der Uhr kontrollirte, zum Schlusse ausgeführte Enteroanastomosis erforderte nur 5 Minuten.

Verlauf zunächst sehr günstig, aber am 23. Januar wurde die Kranke unruhig und klagte viel über Durst. Keine peritonitischen Erscheinungen. Der von Anfang an kleine Puls machte 96—100 Schläge in der Minute. In der Nacht zum 24. Januar erfolgte plötzlich Erbrechen einer großen Menge aus Galle, genossener Milch und Wein gemischter Flüssigkeit. Als ich gegen 8 Uhr in das Krankenhaus kam, fühlte die Kranke sich etwas besser, sah aber sehr verfallen aus, hatte kleinen Puls von 96 Schlägen, Temperatur von 36,1°, klagte über viel Durst, hatte aber sonst keine Beschwerden. Ich nahm einen Circulus vitiosus an und ließ eine Magenausspülung vornehmen, die große Mengen von Schleim und Galle herausbeförderte. Puls danach besser, aber immer noch trotz Nährklystieren und Kochsalzinfusionen Klagen über brennenden Durst. Nachmittags große Unruhe, etwas Unklarheit, zunehmende Pulsverschlechterung und bald darauf Tod. Von einer Operation war unter diesen Umständen abgesehen worden.

Die am 25. Januar vorgenommene Leibeseröffnung ergab völliges Fehlen irgend welcher peritonitischen Erscheinungen, Festigkeit sämmtlicher Nähte, starke Füllung des Magens und des zuführenden Darmschenkels, Abknickung des abführenden Schenkels durch das von rechts her darüber liegende Netz, völlige Leere dieses Schenkels und des folgenden Darmes. Weder durch Druck auf den Magen, noch auf den zuführenden Darmschenkel ließ sich Flüssigkeit in den abführenden Schenkel hineinpressen. Nach Eröffnung des Magens und Darmes zeigte sich der Pylorus durch feste weiße Narben bis auf Federkieldicke verengt und am Darme die Anastomose völlig verschlossen, während die Magen-Darmfistel weit offen war. Bei genauer Untersuchung der Darmanastomose fand ich nun, dass zwei schräg gegenüber liegende Schleimhautränder fest mit einander verklebt waren und die Öffnung dadurch völlig verschlossen hatten.

Somit war die Entstehung des Circulus vitiosus klargelegt, zugleich aber die betrübende Gewissheit gewonnen, dass ein Fehler in der Technik den Tod verschuldet hatte. Die Methode an sich trifft keine Schuld. Hätte die Anastomose funktionirt, so wäre die Abknickung des abführenden Darmschenkels am Magen ohne jede Bedeutung gewesen.

Die aus vorliegender Mittheilung zu ziehende Lehre ist sehr kurz und einfach: es darf bei der Anlegung der Enteroanastomosis unter keinen Umständen versäumt werden, die Darmschleimhaut bei Anlegung der sero-muskulären Naht mitzufassen. (Eine besondere Naht der Schleimhaut halte ich für überflüssig.) Es gilt also, das Gesetz, das für die Gastroenterostomie aufgestellt ist und wohl von den meisten Chirurgen befolgt wird, die Schleimhaut stets mitzunähen, auch auf die Enteroanastomose auszudehnen.

---

15) **Malapert** (Poitiers) et **Gobillot** (Trimouille). **Sur un cas de pneumatocèle du crâne. Rapport par Paul Berger.**

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 946.)

Der 44jährige, kräftige und sich wohl befindende Pat., der außer einer Brustfellentzündung im Jahre 1890 keine Krankheiten durchgemacht hatte, bekam im December 1892 sehr heftige Schmerzen in der rechten Kopfhälfte, im März 1893 eine entzündliche Schwellung in der Gegend des Warzenfortsatzes, die sich bis zum oberen Abschnitte des Schädeldaches ausdehnte, nach Ausfluss reichlicher Eitermengen aus dem Gehörgange schwand, sich aber immer wieder bildete, währnnd der Eiterausfluss später aufhörte. Seit mehreren Jahren ist der Befund, durch mehrfache Incisionen unbeeinflusst, nahezu konstant der gleiche: Oberhalb des rechten Ohres besteht eine Schwellung, die horizontal 10 cm, vertikal 5 bis 6 cm misst, weich ist, tympanitischen Schall bietet, sich durch Druck völlig zum Verschwinden bringen lässt, bei rascher Reduktion unter hörbarem Geräusch. So wie sich Pat. schneuzt, tritt die Geschwulst rasch wieder auf. Das Gehör ist auf der rechten Seite abgeschwächt, zeigt aber folgende interessante Eigenthümlichkeit: So lange die Geschwulst besteht, also die Höhle mit Luft gefüllt ist,



wird eine Taschenuhr auf 25 cm Entfernung gehört; nach Entleerung der Luft durch Druck hört Pat. die Uhr rechterseits nur bis 10 cm Abstand.

M. glaubt als Sitz der Knochenperforation nicht die Zellen des Warzenfortsatzes, sondern den Atticus annehmen zu dürfen; die Regio mastoidea erschien frei.

Reichel (Chemnitz).

16) **E. Kummer.** Paralysie d'origine cérébrale par stase consécutive à la ligature de la veine jugulaire interne.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 541.)

Bei Wahrung der Asepsis pflegt die Unterbindung der Vena jugularis interna ohne schlimme Folgen zu bleiben; die dadurch gesetzte Cirkulationsstörung wird in der Regel rasch durch Kollateralkreislauf ausgeglichen. Dass ausnahmsweise aber einmal die Bildung eines solchen ausbleiben und die dann bleibende venöse Stauung den Tod zur Folge haben kann, beweist der unglückliche Ausgang in dem von K. mitgetheilten Falle. — K. resecirte nach vorgängiger Ligatur der Carotis externa die rechte Unterkieferhälfte einer 52jährigen Frau wegen eines sehr großen Cystoadenoms des Kiefers, ausgehend von verirrten Zahnkeimen. Bei Entfernung einer kleinen, der Vena jugularis interna innig anliegenden Lymphdrüse verletzte er das Gefäß und musste es unterbinden. Sogleich bemerkte man an der in Folge der Unterbindung der Carotis bisher fast gar nicht blutenden Wunde das Auftreten einer starken parenchymatösen venösen Blutung, die durch Tamponade leicht gestillt wurde. Die Operirte bot zunächst keinen bedrohlichen Eindruck, doch blieb sie somnolent. Der Puls wurde nach 4 Stunden etwas unregelmäßig, das Koma wurde tiefer, und 5 Stunden nach der Operation trat der Tod ein. Die Obduktion ergab im Gehirn die Zeichen venöser Stase und gegen die Mitte beider Stirnlappen hin und auf dem rechten Scheitellappen eine fleckig-diffuse, röthliche Verfärbung in der Ausdehnung eines 5-Frankstücks; diese Verfärbung erstreckte sich durch die ganze Dicke der grauen Substanz bis in die weiße Markmasse hinein.

In seinen Bemerkungen zu diesem Falle erinnert K. an eine analoge, von Rohrbach aus der Bruns'schen Klinik mitgetheilte Beobachtung. Im letzteren Falle erfolgte der Tod aber erst nach mehreren Tagen, und fand man an den Stellen, an welchen in seinem Falle nur die rothe Verfärbung auffiel, ausgeprägte Hirnerweichung. Dass die Unterbindung der Carotis externa in Folge Verminderung der Vis a tergo zum Zustandekommen der venösen Stase vielleicht mit beitrug, hält K. wohl für möglich.

Reichel (Chemnitz).

17) **B. N. Cholzow.** Ein Fall von Kraniotomie bei traumatischer intrakranieller Blutung.

(Annalen der russischen Chirurgie 1900. No. 5.)

Der 29jährige Pat. erhielt am 5. August einen Schlag auf den Kopf. Die ersten 4 Tage bei Bewusstsein, doch Kopfschmerzen, dann schwand das Bewusstsein allmählich. Am 15. August Koma. Tonische Krämpfe der Extremitäten, Parese rechts, besonders der oberen Extremität. 19. August Lumbalpunktion nach Quincke, keine Flüssigkeit. 20. August Kraniotomie. Durch die Dura schimmert Blut hindurch. Keine Hirnpulsation. Schnitt durch die Dura; es entleert sich viel Cerebrospinalflüssigkeit, und werden einige Gerinnsel entfernt. Am 4. Tage kehrte das Bewusstsein wieder, eben so willkürliche Darm- und Blasenentleerung, und schwanden die Kontrakturen, so wie die Paresen; die Facialisparese dauerte aber noch bis zum 7. Tage. Prima intentio. Heilung.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

18) **v. Eiselsberg.** Zwei Fälle von traumatischem Aneurysma.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 3.)

Im 1. Falle handelte es sich um eine $^3/_4$ Jahr vorher erfolgte Verletzung der Oberschenkelgegend, worauf eine pulsirende Geschwulst zurückblieb. Bei der Operation fand sich eine Verletzung der Arterie und Vene, von denen ein je 2 bis

3 cm langes Stück resecirt werden musste. Heilung p. pr. Nach 6 Tagen gelang es, den Puls in der Art. dorsalis pedis nachzuweisen.

Im 2. Falle waren 7 Wochen zuvor die A. und V. poplitea, wie sich bei der Operation zeigte, durch einen Sensenhieb verletzt. Die Pulsation im Aneurysmasacke war zeitweise durch Nachblutungen verdeckt worden. Auch hier musste eine Resektion der Gefäße vorgenommen werden. Am 2. Tage schon war die Pulsation nachweisbar. **Borchard** (Posen).

19) **K. Dahlgren.** Trenne fall af svårare otitiska komplikationer.
(Upsala Läkarefören. Förhandl. N. F. Bd. V. p. 431.)

1) Otitis media acuta purulenta et Empyema antri et cellul. mastoid. et Pachymeningitis suppurativa ext. et Abscessus cerebri (lobi temp.) — Trepanation und Transplantation nach König. — Heilung.

Pat., 2 Jahre 3 Monate alt, litt im 6. Monate an einer retro-auralen linksseitigen Eiterung, wahrscheinlich otitischen Ursprunges, soll jedoch nach der Incision derselben völlig geheilt worden sein. Plötzlich wurde er von einer akuten Mittelohreiterung befallen, die in 5 Tagen zur völligen Paralyse des rechten Armes und Beines, Bewusstlosigkeit und Rechtsdrehung der Augen führte; Temperatur 40,4, Puls 140. Bei der Unsicherheit der Diagnose — nur eine ernsthaftere intrakranielle Eiterung im Zusammenhange mit einer Otitis media konnte mit Sicherheit angenommen werden — wurde die Eröffnung des Schädels vom Proc. mastoid. aus 8 Stunden nach dem Auftreten der paralytischen Symptome vorgenommen. Eine extradurale Eiterung wurde zuerst beseitigt, dann die gespannte und injicirte, nicht pulsirende Dura gespalten. Ein taubeneigroßer Abscess im Schläfenlappen, wahrscheinlich nur 1 cm von der Oberfläche entfernt, konnte mit Lister's Sonde sehr leicht erreicht werden. Vom ersten Momente der Eröffnung fing Pat. an den rechten Arm zu bewegen. Die Höhle wurde mit Jodoformgaze austamponirt. Nach und nach heilte die Wunde, und 4 Monate nachher konnte die Haut-Periost-Knochen-Transplantation nach König vorgenommen werden. Die Knochenlamelle deckte fast völlig den nach der ersten Operation entstandenen Defekt und heilte vollständig ein.

Dass in diesem Falle die Eiterung sich seit der erstmaligen Erkrankung im Gehirn latent gehalten haben sollte, scheint Verf. nach dem Befunde während der Operation höchst unwahrscheinlich. Tegmen tympani oder das Dach des Antrums schien der Weg, durch welchen die Eiterung die Dura erreicht hatte, gewesen zu sein.

2) Otitis media acuta purulenta et Osteophlebitis partis mastoid. — Operation. — Heilung.

Der 25jährige Pat. erkrankte an einer heftigen akuten Mittelohreiterung, die 4 Stunden nach dem Auftreten der Symptome mit Paracenthese des Trommelfelles behandelt wurde. Die zuerst dünnflüssige, sehr reichliche Sekretion wurde im Laufe des folgenden Tages eitrig; die Schmerzen hatten zwar nach dem Eingriffe nachgelassen, kehrten aber bald, und zwar in veränderter Weise und von heftigem Schüttelfroste gefolgt wieder. Dann sistirte der Ausfluss fast völlig, und Pat. wurde von einem Krampfanfalle befallen, der in der linken Hand anfing und sich über die rechte Hand und das Gesicht erstreckte. Nur an einer kleinen Stelle hinter dem linken Ohrgange gab Pat. Schmerzen an; keine Schwellung in der Reg. mastoid. — Die Aufmeißelung der Pars mastoid. zeigte nur eine hochgradige Hyperämie des Knochens, nirgends wurde Eiter angetroffen. Sehr bald normale Temperatur, Heilung in etwa 2 Monaten.

In der Epikrise empfiehlt Verf. Körner's Behandlungsweise dieser Komplikation der akuten Mittelohreiterung. Die Osteophlebitis solle mit Aufmeißelung der Knochen in der Ausdehnung der Hyperämie und ohne Unterbindung der Vena jugularis gemacht werden.

3) Otitis media acuta purulenta et Osteitis suppurativa partis mastoid. et Pachymeningitis externa suppurativa. — Operation. — Heilung.

Der 19jährige, vorher nicht an irgend einer Ohrenkrankheit leidende Pat. war wegen einer mäßigen Otitis media pur., die er sich beim Baden zugezogen hatte, mit Lufteinblasungen ohne vorherige Paracenthese des Trommelfelles längere Zeit behandelt worden. Obschon die Erscheinungen ziemlich unbedeutend waren, glaubte doch Verf., dass ein schweres Leiden vorliege, und machte zuerst in der Narkose mit dem Thermokauter Paracenthese. Der Ausfluss wurde bald sehr reichlich; als er nach 5 Wochen noch fortbestand, wurde der weder geschwollene noch empfindliche Proc. mastoid. trepanirt. Die Cellulae zeigten sich eitergefüllt und wurden ausgeräumt; Fossa cranii posterior und media wurden in großer Ausdehnung eröffnet. Der Eiter des epiduralen Abscesses befand sich unter so hohem Drucke, dass er fast im Strahle herausspritzte; Dura und Sinus waren von lockeren, schwarzgefärbten Granulationen bedeckt. Völlige Heilung in etwa 2 Monaten.

Verf. betont die im Verhältnisse zu den bedeutenden intrakraniellen Zerstörungen unscheinbaren objektiven Symptome und die wenig befriedigende Behandlung der Krankheit in deren erstem Stadium. **Hansson** (Cimbrishamn).

20) P. Guidone. Mielectomia e mielorrafia. Nota clinica, anatomopathologica e sperimentale.

(L'arte med. Mailand, **Vallardi,** 1900. T. II. No. 9 und 10.)

Bei einem 23jährigem Manne fand sich eine Schussverletzung am Halse. Intra vitam bot er folgende Symptome dar: Komplete motorische und sensible Paralyse der unteren Extremitäten, Parese der oberen Extremitäten mit fast intakter Sensibilität und Schmerzempfindung, Trägheit der Pupillen, vorwiegend Zwerchfellathmung, Blasen- und Mastdarmlähmung, häufige Erektionen beim Katheterismus. Tod am 17. Tage in Folge von Decubitus und Sepsis. Bei der Autopsie fand sich eine Zerstörung des V. und VI. Halswirbels und des entsprechenden Rückenmarkabschnittes. Dieser Fall regte den Verf. zu Leichen- und Thierversuchen über die Rückenmarksnaht an. Die Experimente haben noch zu keinem definitiven Resultate geführt; G. will dieselben noch fortsetzen. Er fand bis jetzt, dass sich nach völliger Durchtrennung der Medulla spinalis die Stümpfe etwa $^1/_2$ cm von einander entfernen, dass sie sich aber, selbst wenn noch ein 1 cm breites Stück Substanz quer excidirt wurde, mit Vorsicht einander nähern, vollständig und exakt gegenseitig anpassen und durch tiefgreifende (Mark und Meningen fassende) Nähte fixiren lassen. Die Zukunft müsse allerdings erst lehren, ob eine Regeneration der nervösen Elemente dabei möglich ist.

A. Most (Breslau).

21) Quincke. Über Athyreosis im Kindesalter.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 50.)

Mittheilung von 2 Fällen, deren einer durch Thyreoidinbehandlung geheilt, deren anderer, weil die Behandlung nicht konsequent durchgeführt wurde, gestorben ist. Es sei an dieser Stelle auf das interessante Original, von dem sich ein kurzes Referat nicht geben lässt, nochmals hingewiesen.

Borchard (Posen).

22) C. Mariani. Gozzo esoftalmico curato colla bilaterale resezione del simpatico cervicale. Un cenno preventivo su 8 casi di epilessia volgare curati collo stesso atto operativo.

(Estr. dalla Clinica chirurgica 1900. No. 1, 2.)

Bei einem Falle von Basedow hat M. durch die doppelseitige Sympathicusresektion einen theilweisen, im Allgemeinen aber befriedigenden Erfolg erzielt. Er kommt dabei zu der Ansicht, dass die gedachte Operation hier nur einen symptomatischen Werth beanspruchen dürfe, da sie nur einige Manifestationen der Krankheit, nicht diese selbst zu bekämpfen im Stande sei. Demselben Eingriffe hat M. außerdem noch acht Pat. mit schwerer genuiner Epilepsie unterworfen, und zwar 4mal ohne deutlichen Heilerfolg, 2mal ließ sich eine Besserung kon-

statiren, und bei weiteren zwei, allerdings nur durch 4 und 5 Monate beobachteten Pat. blieben die Anfälle vollständig aus. M. registrirt lediglich die erzielten Resultate bei seinen Operirten, enthält sich aber dabei vollkommen eines definitiven Urtheiles, da ihm die Beobachtungsdauer zur Zeit noch als zu kurz erscheint.

A. Most (Breslau).

23) **Dinkler** (Aachen). Zur Pathologie und Therapie der Basedowschen Krankheit.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 21.)

2 Todesfälle in Folge von Basedow'scher Krankheit, von denen der eine eine schwere Form eines recidivirenden Basedow mit Hemiplegie, bulbären und psychischen Störungen dargeboten hatte, haben D. Gelegenheit zu anatomischen Untersuchungen gegeben, die in jenem Falle zu dem Nachweise einer Erkrankung des ganzen Hirnmantels mit entsprechender absteigender Degeneration der Pyramidenbahnen, so wie einer partiellen Degeneration der Ganglienzellen am Boden des 4. Ventrikels und im Bereiche der grauen Vordersäulen des Rückenmarkes führten. Da dieser Befund nicht mittels der Weigert'schen Hämatoxylinfärbung, die bisher von den Forschern angewandt worden, sondern allein durch das Marchi'sche Osmirungsverfahren erhoben werden konnte, hält D. für möglich, dass derartige anatomische Veränderungen bei der Basedow'schen Krankheit häufiger vorkommen, als bisher angenommen wurde. Interessant war ferner, dass in jenem Falle die Schilddrüse solide Epithelgänge und Alveolen zeigte, während in dem anderen diese Struktur nur stellenweise gefunden wurde, dafür aber eine enorme Thymushyperplasie bestand; im ersteren Falle fehlte hingegen die Thymusdrüse vollständig. Die Kapillaren und kleinen Venen waren in beiden Fällen auffallend erweitert, während die Arterien mehr den normalen Querschnitt hatten. Indem D. auf die Unterschiede der beiden Fälle in Bezug auf das Verhalten der Schild- und Thymusdrüse hinweist, hebt er schließlich noch die außerordentliche Verschiedenheit im Verlaufe und Vorkommen der Basedow'schen Krankheit in Frankfurt a/O. einer- und Heidelberg andererseits hervor, eine Verschiedenheit, die auch bei den durch operative Behandlung dort wie hier und anderorts erzielten Erfolgen zu Tage tritt.

Kramer (Glogau).

24) **P. Guidone.** Contributo storico-clinico alle resezioni.

Neapel, **Salvati,** 1900. 30 S.

Nach einer historischen und klinischen Einleitung über die Resektionen im Allgemeinen theilt G. eine Reihe von persönlichen Erfahrungen auf diesem Gebiete mit, von denen folgende 2 Fälle vielleicht ein kasuistisches Interesse beanspruchen dürften: 1) Ausgedehnte luetische Nekrose des Os frontale im Anschlusse an ein Trauma mit subduralem Abscesse. Kraniektomie von entsprechender Ausdehnung mit Entfernung des großen Sequesters (im November 1894). Sekundäre Deckung des weiten Knochendefektes mittels Knochen- und Knorpelplättchen von den Femurkondylen des Hundes. Glatte Heilung und fast knochenharte Narbe. 2) Kontrakturstellung der linken Hand nach einer vereiterten Fraktur des Radius mit partieller Nekrose. Die Hand bildet zum Vorderarm einen radialwärts offenen, fast rechten Winkel, und das untere Radiusfragment ist ulnarwärts dislocirt. Resektion der unteren Epiphyse der Ulna in Ausdehnung von etwa 5 cm. Dadurch lässt sich sowohl die Hand, als auch das untere Radiusfragment in die rechte Lage redressiren. Fixirung dieser Stellung durch eine Metallnaht, welche das resecirte Ende der Ulna und das Os pyramidale fasste. Gutes funktionelles und kosmetisches Resultat.

A. Most (Breslau).

25) **Tronchet** (La Rochelle). Deux cas de consolidation imparfaite de fractures, traités et guéris par l'emploi de la thyroïdine. Rapport par M. Potherat.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 896.)

T. erzielte an 2 Fällen verzögerter Konsolidation eines Knochenbruches eine rasche Heilung durch Schilddrüsengebrauch.

Der 1. Fall betraf einen 50jährigen Mann mit einem Splitterbruche des Unterschenkels 3 Querfinger breit oberhalb des Knöchel. Noch am 80. Tage nach dem Unfalle bestand abnorme Beweglichkeit trotz Anwendung aller allgemein üblichen Mittel. Darauf ließ T. seinen Pat. jeden Tag 5, später 6 Tabletten von 10 cg Thyroidin nehmen. Binnen 15 Tagen war die Konsolidation beendet. — Im 2. Falle handelte es sich um einen Bruch der 10. Rippe bei einem Alkoholiker; noch am 35. Tage bestand deutliches Reiben zwischen beiden Bruchstücken. Nach 10tägigem Gebrauche von je 5 cg Thyroidin schien die Konsolidation erreicht; aber am 11. Tage bekam Pat. Aphasie mit theilweiser Lähmung der rechten Körperhälfte. T. sieht die Ursache hiervon in einer Apoplexie in Folge des Alkoholismus. Der Berichterstatter Potherat ist mehr geneigt, die Giftwirkung des Thyroidins anzuschuldigen. Er führt aus der Litteratur und eigener Beobachtung noch mehrere Fälle an, in denen das Thyroidin bei verzögerter Callusbildung vorzügliche Dienste leistete, freilich auch andere, in denen es ganz erfolglos gegeben wurde. Beim Gebrauche ist jedenfalls äußerste Vorsicht geboten. **Reichel** (Chemnitz).

26) **Morian** (Essen). Ein Fall von Myositis ossificans progressiva.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 7.)

Auch in vorliegendem Falle schloss sich der Beginn der Erkrankung des damals ca. 2jährigen Knaben an ein 1897 erfolgtes Trauma an und bestand Mikrodaktylie der beiden großen Zehen. Frei von Verknöcherungen sind zur Zeit noch die Muskeln des Gesichts (exkl. M. frontalis), der Bauchwand, des Gesäßes, der Beine und der Arme vom Ellbogen abwärts. Die meisten Verknöcherungen sitzen am Knochen fest, einige sind verschieblich; in mikroskopischen Präparaten findet sich neben normalen Muskelfasern werdendes Knorpelknochengewebe. Der Urin enthält auffallend wenig Kalk, aber normal viel Phosphorsäure.

Kramer (Glogau).

27) **Nimier.** Ostéomes du brachial antérieur.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 825, 842.)

Im Anschlusse an eine Verrenkung des Ellbogengelenks nach hinten, die sofort eingerichtet wurde, entwickelte sich bei einem Soldaten ein Osteom des Brachialis anterior; im Niveau der oberen äußeren Insertionen des Muskels hing es mit dem Knochen zusammen, doch blieb, wie das Skiagramm zeigte, zwischen Rückfläche der Geschwulst und Knochenschaft ein breiter Zwischenraum, dessgleichen zwischen Geschwulst und Processus coronoideus; es entsprach das Osteom in seiner Länge und Breite ganz dem Muskelbauche des Brachialis. Einen kleinen abnormen Knochenkern wies das Skiagramm auch in der Verlängerung des Olekranon nach.

Die Exstirpation ergab eine Knochengeschwulst von 14 cm Länge, 4 cm Breite, 2 cm Dicke, vollständig eingeschlossen in eine fibröse Scheide, die selbst im Muskel lag. Am unteren Ende und an der vorderen Fläche des Osteoms führte e eine ca. 2 cm lange Öffnung in eine centrale Höhle im unteren Drittel der Knochenneubildung; in der Höhle fand sich ein weiches, röthliches Gewebe, das N. als degenerirte Muskelsubstanz und fibrinösen Detritus eines Hämatoms ansprach.

Dass die Entstehung solcher Osteome nach Traumen durch frühe Massage begünstigt werde, wie dies von Einigen behauptet wurde, glaubt N. nicht; eben so wenig aber hat er eine Resorption eines solchen Osteoms durch Massage beobachtet. Die einzige Therapie, die in Betracht kommt, ist seiner Ansicht nach die Exstirpation der Knochengeschwulst: doch darf man dieselbe, will man vor Recidiven geschützt sein, nicht zu früh, nicht vor Ablauf von 4—5 Monaten nach dem Trauma vornehmen; auch darf man sich für die Wiederherstellung der Beweglichkeit des Gelenkes von der Operation allein keinen zu großen Erfolg versprechen. **Reichel** (Chemnitz).



28) Picqué. Ostéome du coraco-brachial et du brachial antérieur.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 861.)

P. beobachtete ein Osteom in der Muskelsubstanz des Coraco-brachialis.

Poirier theilte in der Diskussion einen Fall von Osteom in einem Masseter mit, welches sich im Anschlusse an einen Peitschenhieb entwickelt hatte.

Reichel (Chemnitz).

29) Loison. Ostéomes péri-articulaires du coude et du genou. Rapport par la Picqué.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 847.)

L. theilt 8 Beobachtungen von Osteomen am Ellbogen- bezw. Kniegelenke mit; in 5 Fällen hatte sich die Knochengeschwulst nach einer vollständigen oder unvollständigen Verrenkung des Vorderarmes nach hinten, 3mal nach einer einfachen Kontusion gebildet. Bezüglich der Entstehung dieser Knochenneubildung schließen sich L. und Picqué weder ausschließlich der Theorie Virchow's einer Myositis ossificans, noch derjenigen Orlow's einer Knochenwucherung in Folge Abreißens eines Periostfetzens oder einer oberflächlichen Knochenspange an, sondern glauben unterscheiden zu müssen. Die Orlow'sche Anschauung sei anwendbar für die Fälle, in welchen die Knochengeschwulst ihren Ursprung an der Insertionsstelle der Sehne des Brachialis am Processus coronoideus oder des M. quadriceps an der Kniescheibe hat. Die Theorie Virchow's hingegen erkläre allein die Fälle, in denen das Osteom völlig innerhalb der Muskelsubstanz eingeschlossen sei, wofern man nicht die Hypothese Bard's annehmen wolle, dass zwischen den Muskel- und Sehnenfasern liegen gebliebene embryonale Knorpelzellen unter dem Einflusse des traumatischen Reizes sich zu einer solchen Knochengeschwulst entwickeln können. **Reichel** (Chemnitz).

30) W. White (Philadelphia). Two cases of interscapulo-thoracic amputation.

(University med. magazine 1900. Mai.)

W. berichtet über 2 Schulterblattexstirpationen (Amputatio interscapulo-thoracica), welche er wegen Sarkom des oberen Humerusendes gemacht hat, und welche zunächst mit Genesung endeten. Für die Beurtheilung des endgültigen Erfolges ist seitdem erst zu kurze Zeit verstrichen. Es waren beide Male vorher schon mehrere andere Operationen gemacht worden, ohne dass es geglückt wäre, den Eintritt des Recidivs zu verhüten.

W. tritt dem Rathe Berger's bei, bei bösartigen Geschwülsten des oberen Humerusendes von vorn herein primär die in Rede stehende Operation auszuführen, ja er neigt dazu, die primäre Amputatio interscapulo-thoracica für alle Sarkome des Oberarmknochens anzurathen. Nur bei kleinen centralen Sarkomen der unteren Epiphyse könne man mit Aussicht auf Erfolg die hohe Amputation, bei solchen des unteren Drittels des Schaftes die Exartikulation versuchen.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

31) Wegner (Berlin). Caries sicca des Schultergelenkes. Ein Beitrag zur Unfallheilkunde. (Aus der Abtheilung für Unfallverletzte.)

(Charité-Annalen Jahrg. XXV. p. 526.)

Der hier berichtete Fall bietet vor Allem durch fehlerhafte Behandlung des Kranken in einem medico-mechanischen Institute ein erhöhtes Interesse. Durch die dort vorgenommenen höchst schmerzhaften Manipulationen wurde eine rasche Verschlechterung herbeigeführt und die Schmerzhaftigkeit derartig gesteigert, dass auch eine starke allgemeine Nervosität eintrat. Durch König wurde dann nach Untersuchung des kranken Gelenkes mit X-Strahlen die Resektion ausgeführt, wobei sich das fast völlige Fehlen des Gelenkkopfes bestätigte und Erosion der Pfanne gefunden wurde. Nach Entfernung alles Krankhaften erfolgte sofortige



Linderung der wüthenden Schmerzen und glatte Heilung mit Stellung des Schaftes unter dem Akromion (Röntgenaufnahme beigegeben) und gutem funktionellen Ergebnisse.

Als Veranlassung zu der Erkrankung war eine an sich nicht gerade schwere Betriebsverletzung der linken Schulter angesehen worden, welcher anfänglich von keiner Seite erheblichere Bedeutung beigemessen worden war.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

32) **Morian** (Essen). Beitrag zu den intratendinösen Ganglien.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 51.)

In dem von M. operirten Falle saß das dickbohnengroße Knötchen mitten auf dem Handgelenkrücken unter gesunder Haut in der Gegend der gewöhnlichen Ganglien und verursachte dem 14jährigen Knaben heftige Schmerzen. Bei der Operation fanden sich die beiden Strecksehnen des Zeigefingers in gleicher Höhe kolbig aufgetrieben, bis zum Durchmesser der doppelten Sehnenbreite. Die sonst normalen Sehnenfascikel waren aus einander gewichen, aus den Zwischenräumen drängten sich perlmutterfarbige Beutelchen, oberflächlich roth geädert. An den beiden Sehnen zog sich je ein spinngewebsdünner, rother Schleier von hinten herum. Beim Anschneiden floss aus den Beutelchen klare Gallerte. Theilweise Fortnahme der Cystenwände, Naht der Sehnenscheide und Haut. Heilung mit freier Beweglichkeit der Finger; kein Recidiv. **Kramer** (Glogau).

33) **W. Rager.** Einige Bemerkungen über Subluxationsstellung bei Luxatio coxae congenita.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. VIII. Hft. 2.)

Verf. glaubt in der Sammlung von Luxationsbecken des pathologischen Institutes in Wien an einem Präparate die Kombination von Coxa vara auf der einen Seite und von spontan geheilter, wahrscheinlich angeborener Subluxation des Hüftgelenkes auf der anderen Seite gefunden zu haben. Die Spontanheilung soll durch Ausweitung der Gelenkpfanne erfolgt sein, was eine große Seltenheit darstellen würde. **J. Riedinger** (Würzburg).

34) **M. Wagner.** Die Coxa vara. Eine zusammenfassende Betrachtung über den heutigen Stand dieser Frage.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. VIII. Hft. 2.)

Die Arbeit zerfällt in 2 Theile. Im 1. Theile referirt Verf. hauptsächlich über die neuesten Veröffentlichungen über Coxa vara. Einzelne Kapitel enthalten auch kritische Bemerkungen. So bestreitet Verf. die Richtigkeit der Joachimsthal-schen Ansicht von der Entstehung der Coxa vara traumatica infantum.

Im 2. Theile werden einige Beobachtungen aus der Hoffa'schen Klinik mitgetheilt. Die von 3 Kindern, an welchen die Operation der kongenitalen Hüftgelenksverrenkung ausgeführt war, stammenden anatomischen Präparate wurden nachträglich auf das Vorhandensein von Coxa vara untersucht. Die Befunde und die Krankengeschichten werden ausführlich besprochen unter Hinweis darauf, dass die Schenkelhalsdeformität ebenfalls als angeboren zu betrachten ist. Besonders bemerklich macht sich bei dieser Kombination die Rückwärtsbiegung des Trochant. major. — Ein 4. klinischer Fall wird angeführt, um die Coxa vara nach erfolgter Einrichtung der angeborenen Hüftverrenkung im Bilde zu demonstriren.

Weiter wird von einem Officier berichtet, bei dem sich die Folgen der Deformität noch verhältnismäßig spät geltend machten, bestehend in Beschwerden beim Reiten etc. Der Pat. verlor seine Beschwerden nach Durchschneidung der Adduktoren und entsprechender Nachbehandlung (Gipsverband, Stellung der Beine in Abduktion, Extension und Rotation nach innen). — Hieran reiht sich die Krankengeschichte eines $5^1/_2$ Jahre alten Knaben, bei welchem wegen rachitischer Coxa vara ein keilförmiges Stück aus dem Schenkelhalse entfernt wurde. Mehr bewährte sich die schräge Osteotomia subtrochanterica, die bei einem 10 Jahre



alten Knaben ausgeführt wurde. Schließlich wurde ein Fall, der ein 6 Jahre altes Mädchen betraf, auch durch Übungen und Massage in 6 Wochen bedeutend gebessert.

Der Arbeit sind 19 Abbildungen, darunter 7 Röntgenbilder, beigegeben, außerdem ein 127 weitere Arbeiten einschließendes Litteraturverzeichnis.

J. Riedinger (Würzburg).

35) **E. V. Eames.** Five cases of complete forward dislocation of the knee joint occuring simultaneusly.

(Brit. med. journ. 1900. April 21.)

Bei einem Sturze des Korbes von ca. 55 m in die Tiefe des Schachtes eines Kohlenbergwerkes kam bei 5 Bergleuten eine Verrenkung im Kniegelenke nach vorn zu Stande, bei einem gleichzeitig eine Fraktur der entsprechenden Tibia. Bei zweien war durch den Druck der Kondylen des Femur die Haut an der hinteren Seite des Kniegelenkes geplatzt, ohne dass der Riss sich bis in das Gelenk selbst erstreckte. Die Reposition gelang leicht. 4 der Verletzten waren nach 6 Monaten völlig arbeitsfähig, ohne irgend welche nachweisbare Veränderungen im Gelenke. Bei dem mit Schienbeinbruch komplicirten Falle blieb das Gelenk locker; zudem stellte sich eine Lähmung der Extensoren des Fußes heraus, welche auf eine Verletzung des Tibialis anticus bezogen werden musste.

Weiss (Düsseldorf).

36) **A. E. Ahrens.** Beitrag zur Lehre und Behandlung der Arthropathia tabica mit besonderer Berücksichtigung des Kniegelenkes.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. VIII. Hft. 2.)

Verf. schildert nach einer gedrängten historischen Übersicht über die bisher aufgestellten Theorien der Arthropathia tabica kurz Anatomie und Symptomatologie dieses Leidens, um alsdann die Kasuistik um 3 von Hoffa überlassene Fälle von Erkrankung des Kniegelenkes vornehmlich in therapeutischer Hinsicht zu vermehren.

Es handelt sich in diesen Fällen hauptsächlich um Folgezustände der tabischen Lähmung, um Schlottergelenke mit sekundären Veränderungen in den Gelenken. Die Therapie bestand in der Anlegung von Schienenhülsenapparaten.

J. Riedinger (Würzburg).

37) **P. Tschmarke.** Zwei seltene Formen angeborener Missbildung.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. VIII. Hft. 2.)

Der 1. Fall eines 4 Jahre alten Knaben ist ein instruktives Beispiel von angeborenem Defekte der Tibia. Die Therapie bestand in der Exartikulation im Kniegelenke.

Der 2. Fall betrifft einen 13 Jahre alten Knaben, welcher, wie das von Blencke hergestellte Röntgenbild beweist, einen partiellen Defekt des Radius, ferner das Vorhandensein von 6 Metacarpi, von 5 Fingern mit je 3 Phalangen (1 Finger wurde früher exartikulirt) und von einem rudimentären 7. Finger erkennen lässt.

J. Riedinger (Würzburg).

38) **U. Grosse.** Zur Kasuistik angeborener Knochendefekte.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 4.)

Angeborene totale Defekte der Tibia sind selten. Joachimsthal konnte 41 Fälle aus der Litteratur und eigener Beobachtung zusammenstellen, zu denen Verf. einen neuen Fall aus der Klinik von v. Bramann hinzufügt. Es handelte sich um ein 5jähriges Mädchen. Das rechte Bein desselben, besonders aber der Unterschenkel war beträchtlich im Wachsthume zurückgeblieben, und letzterer wurde in einem spitzen Winkel nach hinten flektirt, innen rotirt und nach der Hinter- und Innenseite des Oberschenkels angezogen gehalten. Der Fuß stand



in hochgradiger Pes varus-Stellung. Palpatorisch konnte man nur einen Knochen, nämlich die Fibula, konstatiren, die mit dem Condylus internus durch ein Schlottergelenk verbunden war und durch eine stärkere ligamentöse Verbindung an den Fuß befestigt erschien. Das rechte Bein war zum Stehen und Gehen völlig unbrauchbar, da es in Beugestellung gehalten wurde, andererseits aber alle möglichen abnormen Bewegungen mit demselben ausgeführt werden konnten.

Die operative Aufgabe war also, diesen nur als Appendix anzusehenden, gebrauchsunfähigen Unterschenkel stützfähig zu machen.

v. Bramann modificirte das Albert'sche Verfahren, indem er die Fibula in der Fossa intercondylica befestigte, derart, dass er sie nach Zuspitzung ihres oberen Endes in eine in der Fossa intercondylica geschaffene Höhle einfügte. Die Fibula selbst musste verkürzt werden, da sie anders nicht gestreckt werden konnte; allein es gelang doch, die Epiphyse zu schonen, was natürlich sehr wichtig war. Der Fuß wurde manuell redressirt. Nach eingetretener Konsolidation erhielt Pat. einen Schienenhülsenapparat mit Tretriemen für den Fuß und erhöhter Sohle und konnte damit sich sehr gut fortbewegen. Die Fibula ist innerhalb $2^1/_2$ Jahren seit der Operation gewachsen, und das Kind kann ohne Schiene das Bein gebrauchen.

Eine ähnliche Operation, d. i. Einpflanzung der Fibula in die obere Epiphyse der Tibia, führte v. Bramann noch in einem anderen Falle aus, wo durch Osteomyelitis die Diaphyse des Schienbeines fast völlig zerstört war. Auch hier ging er mit Schonung des Epiphysenknorpels der Fibula vor und erzielte einen guten Erfolg. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

39) **Gossner** (Königsberg i/Pr.). Ein Fall von Tragfähigkeit beider Unterschenkelstümpfe nach Reamputation ohne Osteoplastik.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 3.)

Das in dem mitgetheilten Falle erreichte Resultat war Dank der von G. frühzeitig angewandten lokalen Behandlung der Stümpfe durch methodische Tret- und Gehübungen, heiße Bäder, Massage etc. neben Maßnahmen zur allgemeinen Kräftigung und Hebung der Ernährung ein sehr gutes. Die Knochenenden der Stümpfe sind glatt, durch eine corticale Schicht geschlossen und absolut schmerzlos, die bedeckende Haut trotz Narben verschieblich und druckunempfindlich. Pat. geht in seinen zweckmäßig hergestellten Schnürstiefeln den ganzen Tag ohne Ermüdung flott, ohne Hinken, überschreitet leicht Gräben, steigt schnell Treppen etc.

Kramer (Glogau).

40) **Blind.** Beitrag zur Mechanik der Fersenbeinbrüche.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1901. No. 1.)

Ganz bestimmte spongiareiche Skelett-Theile, wie die Wirbelkörper, das Fersenbein und das obere Schienbeinende, neigen zu Stauchungsbrüchen, welche gewöhnlich durch heftiges Auffallen des Körpers auf die Füße bezw. das Gesäß zu Stande kommen. Derartige Frakturen entstehen auch umgekehrt durch Auffallen einer Last auf den feststehenden Körper.

Verf. berichtet im Weiteren über einen solchen Fall.

Beim Abladen eines 10 Centner schweren Tannenstammes rutscht ein Arbeiter mit dem linken Fuße über eine abschüssige Stelle in die Gosse. Der in Folge dessen von den Mitarbeitern losgelassene Baumstamm fällt hierbei dem erstgenannten Arbeiter bei leicht geneigtem Knie auf das untere Drittel des linken Oberschenkels. In Folge Fixirung des Fußes und gleichzeitiger Feststellung des Knies ruft die senkrecht bis auf das Fersenbein fortgepflanzte Krafteinwirkung einen Bruch des letzteren hervor. **Motz** (Hannover).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 14. **Sonnabend, den 6. April.** **1901.**

Zur Behandlung der irreponiblen Unterkieferverrenkung.

Von

Dr. **Kramer** in Glogau.

Während bei den nicht zurückführbaren Verrenkungen der großen Körpergelenke die Methode der blutigen Einrichtung die der Resektion des Gelenkkopfes mehr und mehr in den Hintergrund gedrängt hat, letztere hierbei nur noch als letztes Mittel in Anwendung gezogen zu werden pflegt, wird gegen die freilich sehr seltene nicht einrenkbare Unterkieferluxation auch heut zu Tage noch allein die Entfernung des Processus condyloideus des Kiefers empfohlen. Wenigstens findet sich in der modernen chirurgischen Litteratur und besonders auch in den letzten Auflagen chirurgischer Lehr- und Handbücher über eine andere Behandlungsmethode nichts angegeben. Es dies um so auffallender, als unter den Chirurgen

jetzt kaum noch eine Meinungsverschiedenheit zu bestehen scheint, dass das Haupthindernis für die Einrichtung des luxirten Unterkiefers in abnormer Muskel- und Bänderspannung zu suchen ist, mit deren Beseitigung schon Maisonneuve bei seinen Leichenexperimenten das verrenkte Köpfchen aus seiner falschen Lage zu befreien vermocht hatte.

Ein vor fast 2 Jahren von mir beobachteter Fall hat mir gezeigt, dass man auch am Lebenden durch Durchtrennung einzelner spannender Muskel- und Bandstränge zum Ziele gelangen kann, die Resektion somit nicht immer gleich in Betracht zu ziehen braucht.

Der Fall betraf ein 20jähriges Mädchen K. aus K. mit seit 5 Wochen bestehender, durch einen Schlag auf die rechte Gesichtsseite herbeigeführter Verrenkung des betreffenden Kiefergelenkes. Da die Pat. durch das Offenstehen des Mundes und die Erschwernis des Kauens und Sprechens arg belästigt wurde, die Luxation auch in Narkose den mannigfach veränderten Reduktionsversuchen widerstand, entschloss ich mich auf Wunsch des Mädchens, die Einrichtung auf blutigem Wege zu versuchen.

Horizontaler Schnitt am unteren Rande des rechten Jochbogens und etwas nach vorn von der Mitte desselben senkrechter Schnitt nach abwärts, letzterer nur durch die Haut — wie es von König zur Resektion empfohlen worden ist — mit theilweiser Ablösung des M. masseter vom Knochen. Durchtrennung stark gespannter Fasern des äußeren Seitenbandes, M. pterygoideus extern. und sonstiger Gewebsstränge und Freilegung — ohne Eröffnung — der unverletzt gefundenen Gelenkkapsel; geringe Blutung. Nunmehr erst gelang die Reposition durch direkten Druck nach unten und hinten auf den Kiefergelenkfortsatz. Einlegen eines Gazestreifens in die Wunde, Fixation des M. masseter am Knochen durch einige Nähte, Schluss der Wunde bis auf eine kleine Lücke am hinteren Ende.

Die Heilung ging ohne Reaktionserscheinungen glatt vor sich; Ernährung während der ersten Tage durch flüssige und breiige Speisen. Bei der Entlassung der Pat. 2 Wochen p. op. vermochte dieselbe schon bis zu 2 cm Entfernung der vorderen Zahnreihen die Mundhöhle zu öffnen; allmählich gelang dies in normaler Ausdehnung, und jetzt, wie ich erst kürzlich wieder feststellen konnte, ist die Bewegung in dem Kiefergelenke vollständig frei und unbehindert.

Dass in diesem Falle die Einrichtung nach Durchtrennung der sie einzig und allein behindernden stark angespannten Band- und Muskelfasern (Mm. masseter und pterygoid. ext., Lig. laterale ext.) glückte, dazu mag gewiss der Umstand, dass die Luxation erst 5 Wochen alt war, mit beigetragen haben. Es sei desshalb auch zugegeben, dass in sehr veralteten Fällen, wie auch da, wo noch andere, ohne größere Nebenverletzungen nicht zugängliche Hindernisse (stark gespannte Ligg. stylo- und sphenomaxillare etc.) die Irreponibilität bedingen, auf die beschriebene Weise das Ziel nicht zu erreichen sein werde. Aber dann lässt sich ja immer noch von der gewählten Schnittführung aus, die der zur Resektion des Gelenkkopfes nothwendigen entspricht, die letztere ohne durch die vorausgegangenen Eingriffe vermehrte Schwierigkeiten anschließen.

Beiläufig noch eine kurze Bemerkung über das bekannte Verfahren der unblutigen Einrichtung der Kieferluxation. Wenn bei demselben durch Herabdrücken des Unterkiefers in der Richtung

nach unten hinten mittels der auf die hinteren unteren Backzähne gelegten Daumen das Gelenkköpfchen unter das Niveau des Tuberculum articulare gebracht worden ist, ist es von außen dem Finger zugänglicher, so dass von hier aus, bei nicht allzu fettreichen und muskulösen Wangen, ein direkter Druck auf dasselbe nach hinten ausgeübt werden kann. Mittels solchen habe ich in einigen Fällen, in denen der Versuch, den Kiefer zu schließen, und eben so der, den Proc. coronoideus nach hinten zu drücken, nicht zum Ziele geführt hatte, die Reduktion sofort bewerkstelligen können. Es sei desshalb auf dieses einfache Hilfsmittel aufmerksam gemacht.

---

1) **Jeannel.** Chirurgie de l'intestin. 2. Edition.

Paris, **Institut de bibliographie scientifique,** 1901. 657 S. 694 Abbldgn.

Dieses schon in der 1. Auflage gerühmte Nachschlagebuch für Operationen am Darme — mit Ausschluss des Mastdarmes — ist durch die mit emsigstem Fleiße fortgeführte Zusammenstellung aller auf dem betreffenden Gebiete publicirten Neuerungen, die durch zahlreiche Abbildungen erläutert werden, zu einem Werke geworden, das Jedem, der hier arbeiten, und Jedem, der sich hüten will, durch neue Vorschläge Prioritätsstreitigkeiten hervorzurufen, ein zuverlässiger Berather sein wird. **Richter** (Breslau).

---

2) **Naudet.** De l'incision cruciale de la laparotomie.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1900.

Die Arbeit N.'s enthält eine warme Empfehlung des bekannten Küstner'schen suprasymphysären Kreuzschnittes (»Kreustschnitt«), dessen Vorzüge bei der Ausführung kleinerer gynäkologischer Operationen (Entfernung von Adnexgeschwülsten, Beseitigung von Uterusdeviationen) besonders in der »ästhetischen«, widerstandsfähigen Narbe gesucht werden.

Von den 5 Operationen aus der Klinik Hartmann's, die zum Schlusse der Arbeit ausführlich registrirt werden, verdient nur die zuletzt aufgeführte Beachtung, da bei dieser nebst den rechtsseitigen Adnexen der kranke Wurmfortsatz (recidivirende Appendicitis simplex) von dem Cavum praevesicale aus entfernt wurde; die übrigen Berichte betreffen die angeführte Indikation. **Gross** (Jena).

---

3) **G. B. Shattuck, C. Warren** and **F. Cobb.** A study of twentyfour cases of laparotomy for peritoneal infection in typhoid fever. Summary: Seventeen cases of perforation of intestine; two cases of preperforative necrotic areas; one case of ruptured mesenteric gland; three cases, cause of symptoms undetermined, diagnosis not confirmed.

(Transactions of the amer. surg. assoc. Vol. 18.)

Die Arbeit entzieht sich aus naheliegenden Gründen einem kurzen Referate. Das Material, auf welchem sie begründet ist, ent-

14*

hält die Überschrift. Die Resultate, welche die Verff. aus demselben ziehen, fassen sie in folgenden Sätzen zusammen:

1) Bei vielen schweren Typhusfällen kann eine Perforation oder peritoneale Infektion erst diagnosticirt werden, wenn die letztere bereits weit verbreitet und daher tödlich ist. In solchen Fällen ist die Aussicht einer Operation fast absolut schlecht.

2) Bei mildem Verlaufe des Typhus und gutem Allgemeinbefinden wird eine Bauchoperation leicht ertragen, wenn keine Peritonealinfektion besteht.

3) In einer kleinen Zahl von leichten Typhusfällen kommt es zu plötzlicher Perforation und freiem Ergusse. Bei diesen sind die Symptome fulminant, aber bis zu gewissem Grade lokalisirt, und bei diesen muss

4) sofort operirt werden, denn die unheilbare Allgemeininfektion kann in 1—5 Stunden eintreten, und auf Abkapselung durch Adhäsionen ist nicht zu rechnen.

5) In der Mehrzahl der milden Typhusfälle wird die beginnende Infektion (sei es durch Perforation oder nicht) durch vergleichsweise leichte Symptome angezeigt: Lokale Schmerzen, Druckempfindlichkeit, Spannung und Leukocytose. Die folgenden schweren Symptome bedeuten allgemeine Peritonitis.

6) Diese warnenden Symptome verlangen ernsthafte Beachtung, aber in manchen Fällen werden sie entweder nicht richtig gedeutet, oder man handelt nicht danach.

7) Klagen über Leibschmerzen bei einem Typhusfalle sollten immer den Verdacht auf beginnende Peritonealinfektion wecken.

8) Häufige Zählung der Leukocyten ist in jedem Falle von Typhus nöthig; bestehen Leibschmerzen, so ist dieselbe stündlich auszuführen.

9) Schmerz mit lokaler Druckempfindlichkeit, Muskelspannung und Zunahme der weißen Blutzellen giebt in den meisten Fällen die Indikation zur Operation, in allen zur Konsultation eines Chirurgen.

10) Wenn man annehmen darf, dass die schweren Symptome meist eine allgemeine Peritonitis anzeigen, so folgt daraus, dass die leichten und frühen Symptome die wichtigsten sind.

R. v. Hippel (Dresden).

---

4) **Vanverts** (Lille). Du procédé de Villar, dans la cure radicale des hernies inguinales sans fils perdus et de ses résultats éloignés.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 812.)

Zur Vermeidung der versenkten Nähte bei der Radikaloperation der Leistenbrüche vereinigt V. nach Exstirpation des Bruchsackes und Unterbindung des Bruchsackhalses über dem in die Tiefe gedrängten Samenstrange die beiden Wände der Wundhöhle lediglich durch tiefgreifende, exakt in einer Entfernung von 8—10 mm gelegte



Knopfnähte, derart, dass die Haut beim Ein- und Ausstiche nahe dem Wundrande, die Muskulatur des Obliquus und Transversus hingegen wenigstens 2 cm vom Wundrande entfernt durchstochen werden. Mit den Enderfolgen ist er gleichwohl sehr zufrieden. Von 20 Operirten sah er 11 nach 8 Monaten und länger wieder; keiner hatte ein Recidiv; dessgleichen sah Villar bei 3 Operirten nach 1 Jahre, 15 und 18 Monaten Dauerheilungen. **Reichel** (Chemnitz).

---

5) **R. de Stawell.** The sex of patients suffering from gastric ulcer.

(Brit. med. journ. 1901. Januar 5.)

Unter 7700 Sektionen fanden sich 96mal Magengeschwüre, 55 bei Männern, 41 bei Frauen. Doch ist dabei zu berücksichtigen, dass bei Weitem mehr männliche, als weibliche Leichen zur Autopsie gelangten. Unter Berücksichtigung einer gleichen Anzahl männlicher und weiblicher Leichen ergab sich jedoch für das Vorkommen des Magengeschwürs unter beiden Geschlechtern ein Verhältnis von 5 : 6. Die Operationslisten hält S. zu Zwecken der Statistik für nicht verlässlich. Unter den 50 Perforationen des Geschwürs (mit Einschluss des Duodenalgeschwürs) kamen auf je 7 Männer 6 Weiber, für das Magengeschwür allein stellte sich das Verhältnis auf 8 : 9. S. hat die Erfahrung gemacht, dass beim weiblichen Geschlechte die Perforation häufiger diagnosticirt und dem entsprechend auch häufiger operirt wird, während bei Männern häufig erst auf dem Sektionstische Klarheit geschaffen wird. **Weiss** (Düsseldorf).

---

6) **J. C. Hemmeter.** The diagnosis of cancer of the stomach.

(Transactions of the amer. surg. assoc. Vol. 18.)
Philadelphia, **W. J. Dornan**, 1900.

Unter einer »Frühdiagnose« des Magenkrebses versteht Verf. nicht eine solche zu einer Zeit, wo die Geschwulst noch nicht zu fühlen ist; denn dies trifft oft genug bei schon weit vorgeschrittenen Fällen zu. Nach seinen Erfahrungen hat der Magenkrebs eine Latenzzeit von 3—4 Monaten, während deren er das klinische Bild einer chronischen Gastritis oder nervösen Dyspepsie bietet. Dies ist die Zeit für die »Frühdiagnose«, der allerdings die wenigsten Pat. zugeführt werden. Aber auch wenn dies geschieht, bietet die Diagnose in diesem Stadium bekanntlich die größten Schwierigkeiten. H. bespricht mit großer Ausführlichkeit und Gründlichkeit alle uns zur Verfügung stehenden diagnostischen Merkmale und Methoden und würdigt in kritischer Weise ihren Werth und ihre Bedeutung. Einen erheblichen diagnostischen Werth legt er dem Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung von abgeschabten Theilchen der Magenschleimhaut bei. Das Ergebnis dieser Untersuchung ist um so zuverlässiger, wenn die Nahrungszufuhr per os ausgeschlossen wird. Die »Curettage« der Magenwand wird mit der Schlundsonde vorgenommen,

der Magen dann mit einem bestimmten Quantum Wasser ausgespült und das Wasser centrifugirt. So erhält man ganz frisches Material, das allein für die Untersuchung tauglich ist. Charakteristisch für eine bösartige Geschwulst sollen nun folgende Zustände sein: 1) Die Ausführungsgänge der Labdrüsen sind verlängert und erweitert, die Zellen, häufig von der Peripherie der Drüse abgelöst, liegen lose in deren Lichtung und zeigen zahlreiche Kerntheilungsfiguren. 2) Diese Mitosen zeigen asymmetrische oder hypo- bezw. hyperchromatische Formen.

Nächst diesem Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung sind folgende Symptome am werthvollsten:

1) Chronische Gastritis oder nervöse Dyspepsie mit progressiver Verschlimmerung trotz sachgemäßer Behandlung.

2) Progressiver Nachlass der motorischen Kraft. Dies kann nur mit gutartiger Pylorusstenose verwechselt werden, bei der aber stets normaler oder erhöhter Gehalt an freier Salzsäure vorhanden ist, während bei der bösartigen die Salzsäure fehlt und Milchsäure vorhanden ist. Diese Unterscheidung bietet bei 2—4wöchentlicher Beobachtung keine Schwierigkeit.

3) Progressive Abnahme der freien Salzsäure bei ständigem Nachlasse der motorischen Kraft.

4) Rapide Abmagerung in Abwesenheit anderer zehrender Krankheiten.

Sind die genannten Symptome vorhanden, so soll man mit der Probelaparotomie nicht zögern.

Alles in Allem erwartet H. einen Fortschritt hinsichtlich der Diagnose nur von einem tieferen Eindringen in die Ätiologie der bösartigen Geschwülste und glaubt, dass wir zu einem solchen nicht auf bakteriologischem, sondern nur auf pathologischem und physiologisch-chemischem Wege, d. h. durch Studium der veränderten Struktur und Lebensäußerungen der Geschwulstzelle gelangen werden. Dann erst, wenn wir eine auf der Erkenntnis der Ätiologie begründete Therapie besitzen werden, können wir hoffen, auf Grund einer Frühdiagnose etwas zu nützen. Die chirurgische Behandlung des Magencarcinoms kann nicht die der Zukunft sein, da ihr unvermeidlich das Recidiv folgt. (Verf. malt hier doch mit etwas zu schwarzen Farben! Ref.)

R. v. Hippel (Dresden).

---

7) **Lemarchand.** Contribution à l'étude de la gastrostomie.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1900.

Als neue, ausgezeichnete Methode der Gastrostomie beschreibt L. — nach abfälliger Kritik der »klappenbildenden« Methoden von Pénières, Fontan, Witzel, Ssebanajew und Marwedel — das Verfahren von Poncet, Schwartz, Monod u. A. (nicht namentlich aufgeführten) französischen Chirurgen. Diese modificiren die »klassische« Gastrostomie dahin, dass die Naht, welche die Magenwand an die Wundränder der Bauchwand fixirt, nur durch Serosa

und Muscularis geführt wird und die Schleimhaut nicht mitfasst. Letztere quillt bei der Incision des Magens vor und legt sich so in die Öffnung ein, dass diese völlig verschlossen wird.

Genauere Beschreibung der Operation: Schnitt, parallel dem linken Rippenbogen, 3 cm von diesem entfernt, eröffnet die Bauchhöhle. Der Magen wird mit einer Pincette so weit hervorgeholt, dass die Spitze des »Conus« eben das Niveau der Haut erreicht. Sero-seröse Naht. Eine 2. Nahtreihe (»seröse-musculo-aponeurotische Naht«) vereinigt die Bauchwand ausschließlich der Haut mit der Magenwand, ohne Schleimhaut zu fassen. Der 3. Akt der Operation eröffnet den Magen an der Spitze des Conus durch einen minimal kleinen Schnitt (Tenotom), so dass in die Öffnung eben ein kleines Gummirohr eingeführt werden kann. Darüber Haut-Muskelnaht. Das Rohr bleibt 4—5 Tage liegen, wird dann entfernt und bei jeder Nahrungseinführung wieder eingelegt.

Der gute funktionelle Erfolg, wie die Gefahrlosigkeit der Methode wird durch 16 Krankengeschichten aus der Praxis von Schwartz und Monod illustrirt. In keinem dieser Fälle — die Operation beanspruchte 30—40 Minuten — trat Störung der Wundheilung ein, obwohl die Fistel vom 2. Tage an benutzt wurde, eben so wenig im weiteren Verlaufe Erweiterung der Öffnung; im Gegentheile zeigte diese Neigung zur Obliteration (Nothwendigkeit des Bougirens; Quellstifte) derartig, dass sogar in je einer Beobachtung von Schwartz und Monod eine 2. Gastrostomie nothwendig wurde.

Das angefügte Litteraturverzeichnis enthält keine deutsche Arbeit.

Gross (Jena).

---

8) **Demoulin.** Tumeurs inflammatoires du tube digestif. Sténose du pylore. Gastro-entérostomie. — Rapport par Tuffier.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 833.)

D. beobachtete bei einem 32jährigen Pat. das vollständige Verschwinden einer harten, ziemlich scharf begrenzten, etwa orangegroßen Geschwulst des Pylorus nach der Gastroenterostomie, und zwar schon 20 Tage nach der Operation. Pat. erholte sich rasch, war nach einigen Monaten ganz gesund. Es handelte sich wohl sicher um eine entzündliche, nicht — wie D. vorher annahm — krebsige Geschwulst.

Der Berichterstatter Tuffier hat ein ähnliches Vorkommnis einige Male beobachtet. Er erklärt das Verschwinden der Geschwulst auf zweierlei Weise: in einigen Fällen — und dies sind die, in denen die Geschwulst schon sehr früh nach der Operation verschwindet, — gleitet diese nach oben unter die falschen Rippen und entzieht sich damit der Tastung; in anderen Fällen bildet sie sich langsam in Folge allmählicher Heilung der entzündlichen Veränderungen zurück.

Reichel (Chemnitz).

---

9) **A. Mugnai** (Arezzo). Nuovo processo di gastroenterostomia.

(Clinica chirurgica 1900. No. 1.)

M.'s Methode basirt auf den Versuchen Knie's (1890) und Bastianelli's (1894), so wie den Vorschlägen von Porta und Podrez (1898), bei der Operation die Eröffnung der Eingeweide nicht vorznnehmen, sondern bloß bis an die Submucosa zu nähen und in irgend einer Weise die Nekrose der beiden Schleimhäute einzuleiten, welche ja vorwiegend von der Serosa und Muscularis aus ernährt werden. Er vereinigt zuerst Magen und Darm auf 6—7 cm Länge durch eine fortlaufende (überwendliche) Naht, die nur die beiden Serosen fasst. $1^1/_2$—2 cm von dieser Nahtlinie entfernt und parallel mit ihr wird mit dem flachen Thermokauter die Serosa und Muscularis zuerst des Magens, dann des Darmes in einer Ausdehnung von 3—4 cm verschorft. Dann werden mit einer starken Seidennaht die schmalen kauterisirten Flächen der beiden Eingeweide an einander gepresst, indem der Faden an dem einen Ende des Brandschorfes in den Magen hinein —, an dem anderen herausgeführt, dann am korrespondirenden Darmschorfe wieder in die Lichtung eingeführt und am anderen Ende ausgestochen wird. Dieser Faden bringt die in ihrer Ernährung ohnehin schwer geschädigten Schleimhäute vollends zur Nekrose. Schließlich wird die erste fortlaufende Naht noch um die ganze »Brandstätte« geführt.

M. hat in dieser Weise 3 Fälle mit bestem Erfolge operirt: eine Pylorusstenose gutartiger Natur und 2 sehr ausgedehnte Magencarcinome. Der erste hatte vom 3. Tage ab freie Kommunikation und nahm in kurzer Zeit 10 kg zu; bei den beiden anderen zeigte die Autopsie nach 50 und nach 8 Tagen dasselbe Resultat.

J. Sternberg (Wien).

---

10) **Friedmann** (Wien). Die operative Behandlung der Lebercirrhose.

(Centralblatt für die Grenzgebiete der Medicin und Chirurgie Bd. III. Hft. 15.)

Verf. erweitert die ihm gestellte Aufgabe, indem er nicht nur die vom Ref. als bekannt vorausgesetzte — durch Talma und v. Eiselsberg besonders in Deutschland eingeführte — Operation in ihrer Geschichte, Technik und Indikation an der Hand des ihm verfügbaren Materials bespricht, sondern auch die pathologische Anatomie der Lebercirrhose, deren Schädlichkeit die Operation auszugleichen sucht. Tilmann's Thierversuche finden ebenfalls ihre Würdigung.

Das Referat berichtet nun von 13 Fällen; der Erfolg der Operation war in 5 Fällen (Drummond-Morison, Morison, Talma) gut (Heilung), in 2 (Rolleston-Turner, Bessowski) leidlich (Besserung), in 1 Fall (Talma) negativ. In 5 Fällen (Drummond-Morison, Morison, Ewart, Schelky, Weir) erfolgte der Tod, jedoch nur bei dem Falle Weir's durch die Operation (eitrige Peritonitis),

während bei den übrigen 4 »die Indikation zur Operation nicht vorhanden war« (Irrthum in der Diagnose) bezw. in dem Falle Schelky ein unglücklicher Zufall.

Verf. verspricht der Operation eine große Zukunft; er empfiehlt sie für jeden Fall von sicher gestellter Lebercirrhose mit Ascites, bei dem die medikamentöse Therapie (Jod), so wie die 2mal vorgenommene Paracentese erfolglos geblieben sind. Als Conditio sine qua non ist die noch erhaltene Funktion der Leberzellen zu fordern (Talma) oder, allgemein gesagt, der Zeitpunkt zur Operation, wo »der Pat. noch Zeit hat, leistungsfähige und dauernde Kollateralbahnen zu bilden« (mehrere Wochen, vielleicht Monate). In einem Nachtrage wird in Berufung auf die Arbeit des Niederländers Lens die Priorität des operativen Verfahrens bei Lebercirrhose mit Ascites für Talma gegenüber Drummond-Morison beansprucht und zugleich über die neueste Publikation Talma's (Berliner klin. Wochenschrift 1900 Juli 30) bei Heilung in einem weiteren Falle berichtet.

Gross (Jena).

---

11) **Jonnesco** (Bukarest). Traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie par la suture sans drainage. — Rapport par M. Pierre Delbet.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 966.)

J. theilt 4 erfolgreich mit Incision, Ausräumung des Sackes, Vernähung desselben ohne Drainage und Reposition operirte Fälle von Echinokokkengeschwülsten der Leber mit. Er stellt folgende Sätze auf:

1) Das Verfahren der Wahl bei der Behandlung der Echinokokkencysten der Leber ist die Incision gefolgt von Entleerung, Ausräumung der Muttercyste, trockene Reinigung des fibrösen Sackes, Naht und Reposition dieses Sackes ohne Drainage und ohne Fixation an die Bauchwand.

2) Die Capitonnage (Beseitigung des Hohlraumes durch Aufeinandernähen der Sackwandungen) kann mit Nutzen bei den zu großen Säcken in Anwendung gezogen werden, damit man auf eine schnelle Verlöthung der Wandungen mit einander hoffen kann.

3) Die antiseptischen oder reizenden Einspritzungen in die von ihrem Inhalte entleerten Säcke sind unnütz und gefährlich. Man soll sie unterlassen.

4) Das Auswaschen der Säcke mit einfach aseptischen Lösungen, wie sterilem Wasser, künstlichem Serum, ist unnöthig. Die einfache Reinigung mit sterilen Kompressen genügt.

5) Die Beutelbildung des Sackes (Einnähen des eröffneten Sackes in die Bauchwunde) soll für die vereiterten Cysten reservirt bleiben, bei denen die Methode der unmittelbaren Naht Misserfolge geben könnte.

6) Alle anderen medikamentösen oder chirurgischen Behandlungsmethoden der Hydatidencysten besitzen keine Berechtigung mehr.

7) Man schließe den Sack durch eine zweifache Etagennaht, eine tiefe, die ganze Dicke der Schnittränder umfassende und eine oberflächliche Lembert'sche.

Der Berichterstatter Delbet ist im Allgemeinen mit diesen Sätzen einverstanden. Nur empfiehlt er für die großen und besonders die starrwandigen Cysten mehr die Capitonnage. Vor der Methode der Punktion der Cysten und Injektion parasitentödtender Flüssigkeiten warnt er; er hält sie für unsicher und gefährlich. Bryant hat dabei die Pfortader perforirt; in einem von Delbet beobachteten Falle hätte bei der Punktion die Nadel durch den Darm durchgestochen werden müssen. — Delbet theilt dann selbst noch eine eigene Beobachtung einer sehr großen, halb die Bauchwand, halb die Brustwand vorwölbenden Echinokokkencyste mit, die er durch Incision, Ausräumung und Capitonnage anstandslos zur Heilung brachte. Er selbst verfügt bisher über 7 Fälle. Im Ganzen zählt er — einschließlich der 4 Beobachtungen von J. — 21 Fälle, die sämmtlich geheilt wurden. Eine doppelte Etagennaht des Sackes hält er nicht für nöthig, ja bei starrwandigen Cysten oft nicht ausführbar.

Reichel (Chemnitz).

---

12) **C. Dalla Rosa** (Venedig). Sul processo di cicatrisazione del condotto cistico in seguito alla sua legatura.

(Clinica chirurgica 1900. No. 1.)

Die Frage nach dem besten Verschlusse des Ductus cysticus nach der Cholecystektomie ist noch nicht entscheidend beantwortet. Von der einfachen Ligatur zur »Durchsteppung« und komplicirten Einstülpung mit mehrfacher Schichtennaht sind alle denkbaren Verfahren empfohlen worden. Dazu kommen die Einnähungs- und Versenkungsmethoden. Übereinstimmung herrscht nur im Verwerfen des Katgut. — D.-R. hat nun die Ergebnisse im Thierexperimente sorgfältig studirt, besonders, ob die einfache Ligatur mit Katgut, wie sie sein Lehrer Giordano übt, genügt, um einen exakten dauernden Verschluss zu erzielen. 6 Hunde wurden der Cholecystektomie unterzogen, selbstverständlich unter peinlicher Asepsis; glatte Heilung. Der Stumpf des Ductus cysticus lag stets in einer seichten Leberfurche, nicht dilatirt, von zarten Verwachsungen umgeben, wenn nach 6—40 Tagen die Autopsie vorgenommen wurde.

Die histologischen Details sind sehr interessant: Peripher von der Ligatur waren die Zotten der Schleimhaut bei erhaltenem Äußern in voller Degeneration (schon nach 6 Tagen), die übrigen Schichten infiltrirt. Aus einem anderen (18tägigen) Stumpfe ist deutlich zu ersehen, wie sich (im Längsschnitt) oberhalb der Ligatur die Zotten einwärts vordrängen, so dass sich eine basale ununterbrochene Auskleidung des cylindrischen Stumpfes gebildet hat, während die abgeschnürte Schleimhaut im Granulationsgewebe bezw. in der Narbe noch deutlich erkennbar, aber dicht umwachsen ist, und jede An-

deutung eines Kanales fehlt. In den älteren und letzten Stümpfen fehlt in der festen Narbe jede Spur der Schleimhaut.

J. Sternberg (Wien).

Kleinere Mittheilungen.

Zur Behandlung der Schrägbrüche des Unterschenkels.

Von

Prof. **Kolaczek** in Breslau.

Der erste Artikel im Centralbl. f. Chirurgie 1901 drückt mir die Feder in die Hand, da mir die Frage der besten und einfachsten Behandlung der Schrägbrüche des Unterschenkels schon längst endgültig gelöst scheint. Oder sollte der Ärztewelt die Herstellung eines vortrefflich extendirenden Gipsverbandes für solche Brüche unter Anwendung der Baudens'schen Sohlenextension (Deutsche Chirurgie, E. Fischer, Lief. 21 p. 28) noch so wenig bekannt sein? Ich vermuthe vielmehr, dass diese Methode, die sich mir seit 20 Jahren außerordentlich bewährt hat, wieder in Vergessenheit gerathen ist. Daher dürfte es vielleicht Vielen nicht unwillkommen sein, die Art der Anlegung eines derartigen Gipsverbandes, wie sie überall, in jeder Hütte und ohne sachverständige Assistenz, zuverlässig ausgeführt werden kann, hier rekapitulirt zu sehen.

Während der Kranke durch eine z. B. am Bettpfosten endigende kontraextendirende Perinealschlinge festgehalten wird, versieht man den rechtwinklig gehaltenen Fuß des von seiner Unterlage etwas emporgehobenen Beines mit dem Baudens'schen Extentionsverbande und hat dabei nur darauf Bedacht zu nehmen, dass die große Zehe in die bekannte Richtungslinie fällt. Ich selbst weiche, wie mich däucht zweckmäßig, von Baudens' Verfahren in so weit ab, als ich der oblongen soliden Holzschiene die Länge und Breite der Sohle gebe und das aus Segelleinwand hergestellte, zum Ziehen bestimmte Bindenstück von der Breite der Schiene an ihrer plantaren Seite in der Längsrichtung mit Reißbrettzwecken befestige. Während nun die obere Hälfte des etwa 1 m langen Bindenstückes emporgehalten wird, presst man diese Schiene mittels Stapes, Spica und die Ferse achterförmig umkreisender Touren einer Flanellbinde innig an die Sohle, schlingt dann die Enden der Zugbinde in einem von der Schiene etwa 20 cm betragenden Abstande zu einem festen Knoten, doch so, dass die Bindenfigur einem rechtwinkligen Dreiecke gleicht, dessen Hypothenuse der obere Bindenschenkel darstellt, damit der bald in Wirkung tretende Zug vornehmlich an der Ferse, also in der Längsachse des Unterschenkels, angreife und die gegebene Stellung des Fußes nicht störe. Zur Extension verwendet man eine am Bindenknoten befestigte, kräftige Doppelschnur, die man andererseits z. B. am Fensterriegel oder an der Thürklinke endigen lässt. Darauf wird nun von irgend Jemand mittels eines in der Mitte zwischen die Schenkel der Schnur durchgesteckten und rechtwinklig zu dieser langsam im Kreise geführten Knebels eine spiralige Aufdrehung derselben bewirkt, während der Arzt selbst mit der einen Hand den richtig stehenden Fuß, mit der anderen aber den Bindenknoten fixirt. Bald fängt dann der Kranke an, durch Schmerzäußerung auf die sich steigernde Zugwirkung zu reagiren. Je langsamer aber diese anwächst, desto leichter passen sich ihr die gereizten Weichtheile an der Bruchstelle an, und desto mäßiger ist die Intensität des Schmerzes. Auch kurze Pausen in der Drehbewegung des Knebels tragen zur Beschwichtigung des Kranken bei.

Es leuchtet ohne Weiteres ein, dass auf solche Weise ein hoher Grad von stetiger Extensionswirkung sich erzielen lässt. Durch Einschiebung eines Dynamometers in diese Zugvorrichtung ließe sich die Zugkraft einfach messen. Doch erübrigt sich ein solcher Messapparat, da die Intensität der Schmerzäußerung

seitens des Kranken und der leicht messbare Abstand der Kniescheibe von der Knöchelspitze den Arzt bezüglich des Extensionseffektes genügend sich orientiren lassen.

Ist nun die normale Länge des Unterschenkels durch diesen Zug wieder hergestellt, so folgt die Anlegung des Gipsverbandes von den Zehen an bis über das Knie hinauf. Plant man eine ambulante Nachbehandlung, so wird durch Einlegung von Span für eine ausreichende Festigkeit der Sohlenpartie des Verbandes gesorgt. In Anstalten kann man zu diesem Zwecke entsprechende, bis etwa zur Mitte des Unterschenkels reichende Metallschienen, die ungefähr dem unteren Abschnitte des Thomas'schen Tutors gleichen, bereit halten. Nachdem der Gipsverband hart geworden ist, wird die Zugvorrichtung beseitigt und die Sohlenschiene mittels einer Fasszange nach oben hervorgezogen. Der dadurch hergestellte Spielraum zwischen Fuß und Sohlenstück des Verbandes erleichtert den bis dahin durch die feste Einwicklung des Fußes etwas beeinträchtigten Blutumlauf.

Nur selten, bei besonders sensiblen Personen, habe ich bei Herstellung eines solchen Verbandes von der Narkose Gebrauch gemacht. Nie habe ich in diesem Verbande irgend ein Decubitalgeschwür, sei es am Fußrücken, sei es am Knie entstehen sehen. Eine stärkere Anschwellung des Unterschenkels lässt man selbstverständlich durch entsprechende Maßnahmen sich zurückbilden, ehe zur Applikation einer solchen Gipskapsel geschritten wird.

Komplicirte Brüche erfordern natürlich eine entsprechende Fensterung dieser zunächt als Occlusivverband hergestellten Kapsel.

Die Callusentwicklung hält sich in diesem Gipsverbande in sehr bescheidenen Grenzen. Die sichere Konsolidation des Bruches lässt daher bei der Behandlung des Bruches in der Bettlage relativ lange auf sich warten. Umhergehen beschleunigt sie aber, ohne den in Gehverbänden bei nahe dem Fußgelenke gelegenen Brüchen sonst häufig beobachteten Nachtheil der Entwicklung eines allzu abundanten Callus und einer hartnäckigen Versteifung des Fußgelenkes im Gefolge zu haben.

Heilung des Bruches ohne Verkürzung des Unterschenkels ist die Regel, mit einer nur wenige Millimeter betragender Verkürzung Ausnahme.

---

13) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

115. Sitzung am Montag, den 11. Februar 1901, im Krankenhause Am Urban.
Vorsitzender: Herr Körte.

1) Herr Körte: Demonstration von Kranken.

K. operirte eine 40 Jahre alte Pat., die alle Erscheinungen einer Pneumonie und eines sich anschließenden Empyems dargeboten hatte, während sich bei der Operation eine Lungengangrän herausstellte.

K. nahm ein durchgebrochenes Empyem an, resecirte eine Rippe, der Pleuraraum war verklebt. Er incidirte die Pleura, stieß nunmehr auf zerfallenes Lungengewebe, so wie eine apfelgroße Höhle. Mehrere Lungensequester ließen nicht mehr im Zweifel, dass es sich um eine Gangrän im linken unteren Lungenlappen handelte.

Bei der — vorgestellten — Pat. sistirte der jauchige Auswurf; die völlige Ausheilung der Höhle wird wahrscheinlich später eine nochmalige Rippenresektion erfordern.

b. Resektion des Femur wegen Sarkom.

Der jugendliche Pat. war völlig gesund bis zum Anfange des Jahres 1899 und erkrankte damals mit Schmerzen im linken Oberschenkel und danach auftretender Anschwellung desselben. Allmählich entwickelte sich eine nicht schmerzhafte, spindelförmige Geschwulst, das Kniegelenk blieb frei.

Die Differentialdiagnose schwankte zwischen Geschwulstbildung oder Periostitis, vielleicht gummöser Natur.

Das Röntgenbild ließ in der Gegend der Geschwulst einen schwachen Schatten erkennen. Da die Schmerzhaftigkeit zunahm, Stehen und Gehen unmöglich wurde,



machte K. eine Probeincision, die nach Durchtrennen einer Schale ein Sarkom (Spindelzellensarkom) erkennen ließ, so wie, dass die Geschwulst bis zum unteren Drittel des Femur reichte. K. entschloss sich zur Resektion, resecirte 19 cm und zapfte das untere Ende in das obere ein.

Pat. geht jetzt recht gut mit einem Schienenapparate.

Der Tumor ging vom Periost aus, hatte eine Schale um sich und war in die Muskulatur eingedrungen, der Knochen war rareficirt.

Diskussion: Herr König hält solche Operationen principiell nicht für richtig, wie ihn das zahlreiche Erfahrungen gelehrt haben. Weiter oben in der Markhöhle findet man auf Schnitten resp. Durchsägungen zahlreiche kranke Herde, die man bei nicht radikalem Operiren zurücklässt.

Herr Körte giebt das zu; aber auch nach Exartikulationen seien Metastasen nicht ausgeschlossen. Andere Operateure haben gleichfalls bei Kontinuitätsresektionen doch zum Theil auch ganz günstige Erfolge zu verzeichnen. Eine Exartikulation kann noch immer hinterher gemacht werden.

c. Stichverletzung des Zwerchfelles und der Milz.

Der betreffende Pat. (Knabe) war von einem Betrunkenen in die linke Seite gestochen und unter den Erscheinungen einer starken Anämie (beschleunigter Puls, Collaps) in das Krankenhaus aufgenommen worden. Im 7. Interkostalraume, in der Axillarlinie fand sich eine 4 cm lange Stichwunde, die Brusthöhle mit Luft gefüllt. Er erholte sich langsam, die Temperatur war am nächsten Tage 38,4, es fand sich starke Spannung der Bauchmuskulatur, der Leib war druckempfindlich, die Verletzung intraabdomineller Organe war also wahrscheinlich.

K. resecirte nunmehr ein Stück der Rippe und präparirte einen Weichtheillappen ab. Dabei zeigte sich, dass der Stich die linke Lunge, das Zwerchfell und die Milz verletzt hatte. K. nähte Milz und Zwerchfell und legte den Weichtheillappen auf das Zwerchfell auf. Heilung.

d. Verletzung der Art. axillaris durch Schulterverrenkung.

Der 54 Jahre alte Pat. hatte sich bei einem Gerüsteinsturze mit der linken Hand festhalten wollen und dabei eine Verrenkung der Schulter erlitten. Auf einer Unfallstation wurde der Arm ohne besondere Mühe reponirt, gleichzeitig aber ein bedeutender Bluterguss in der Achselhöhle konstatirt.

Pat. suchte desswegen noch an demselben Tage das Krankenhaus auf. Die Hand war blauroth geschwollen, die Schulter schwoll über Nacht bis zu Mannskopfgröße an, Bewegung in der Schulter frei, Puls über der Art. axillaris war erhalten. Wegen drohender Berstung der Haut und Lähmung der Nervenstämme machte K. nunmehr unter Kompression der Art. subclavia eine Incision in der Achselhöhle und vergrößerte die Wunde durch einen Lappenschnitt.

Es entleerte sich eine große Menge schwarzen Blutes, die Axillaris, so wie ein Loch in derselben kam zu Gesicht — anscheinend war ein von ihr abgehender Ast abgerissen. K. entschloss sich, die Wunde in der Axillaris zu nähen (mit Celluloidzwirn), wagte aber nicht, die Hautwunde zu verschließen, sondern schlang um die Arterie einen Sicherheitsfaden, den er nach außen leitete, und führte einen Tampon ein.

Bedauerlicherweise bekam der Mann ein stark nässendes Jodoformekzem, dann ein Erysipel und 3 Wochen nach der Operation eine starke Nachblutung.

Die Arterie musste freigelegt und doppelt unterbunden werden. Es trat nun eine partielle Gangrän des Armes auf — Defekt in der Ulna und im Muskelgewebe des Vorderarmes, ferner eine Eiterung im Schultergelenke.

Zur Zeit ist dasselbe leidlich beweglich, Vorderarm, Hand und Finger allerdings noch völlig unbeweglich. K. glaubt, wenn er primär unterbunden hätte, würde er wahrscheinlich später zu einer Amputation genöthigt worden sein.

Diskussion: Herr Rotter verletzte bei Gelegenheit der Exstirpation eines Sarkoms die Art. poplitea und machte die Arteriennaht. Als er später wegen Recidivs amputiren musste, fand sich die Arterie thrombosirt.

Herr Israel hat die Vena axillaris bei Exstirpation eines Mammacarcinoms 2mal mit gutem Erfolge genäht.

2) Herr Horneffer: a. Fall von Schädelverletzung.

Dem 19jährigen Pat. stürzte ein Fahrstuhl auf den Kopf. Bei der alsbaldigen Einlieferung ins Krankenhaus fand sich: Bewusstlosigkeit, über dem rechten Scheitelbein eine 10 cm lange Wunde mit Fraktur des Schädels; ein 8 cm langes, 3 cm breites Knochenstück ist in das Gehirn eingedrückt, und zwar in der Gegend der rechten Centralfurchenwindung. Bei Entfernung des Knochenstückes fließt viel zertrümmerte Gehirnmasse ab. Tamponade.

Totale linksseitige Lähmung, Facialisparese links. Es bildet sich ein birngroßer Gehirnvorfall, der allmählich zurückgeht; die Lähmung im Beine geht ebenfalls zum Theil zurück, der Arm bleibt gelähmt. Dagegen bestehen Sehstörungen, Pat. kann nicht buchstabiren, nicht laut lesen, einzelne Worte nicht aussprechen. Er giebt an, zwar mit der rechten Hand gearbeitet zu haben, als Kind aber Linkshänder gewesen zu sein. Entlassung 4 Monater später. Die Sprachstörungen sind noch dieselben, das Bein kann etwas bewegt werden, so dass Pat. selbständig gehen kann; der Arm ist noch fast völlig gelähmt.

b. Subkutane Verletzung der Art. subclavia.

Der 42 Jahre alte Pat. gerieth mit dem linken Arme in ein Schwungrad und wurde mit demselben herumgeschleudert. Bei der Aufnahme im Krankenhause fand sich eine Abreißung der linken Clavicula vom Akromion, Fraktur der rechten Clavicula, ziemlich großes Hämatom in der linken Fossa supraclavicularis, nicht pulsirend. In der linken Art. axillaris, brachialis, radialis, ulnaris kein Puls, Gebiet des linken N. ulnaris paretisch.

Irgend eine Cirkulationsstörung am linken Arme bestand nicht, trat auch nicht auf. Das Hämatom bildete sich langsam zurück. Nach 3 Wochen fühlte man wieder einen ganz schwachen Puls in der Art. radialis, aber nicht ständig. Nach 4 Wochen geheilt entlassen.

Es handelte sich wahrscheinlich um eine Zerreißung der innere Häute der Art. subclavia.

3) Herr Brentano: Kontusionen des Bauches.

B. weist auf die Schwierigkeiten hin, die die Beurtheilung schwerer Fälle von Bauchkontusionen alsbald nach der Verletzung zu machen pflegen. Er betont, dass gerade die für Magen- und Darmzerreißungen wichtigsten Symptome, nämlich die durch den Austritt von infektiösem Materiale bedingten peritonealen Reizerscheinungen, häufig auch in Fällen auftreten, bei denen der Magen und Darm intakt ist.

Am häufigsten werden dieselben beobachtet nach Quetschungen des Darmes und partiellen Läsionen seiner Wand, so wie nach Blutungen aus den großen Drüsen so wie Mesenterialgefäßen mit und ohne Beimengung von Galle, Urin oder Pankreassaft. Auch retroperitoneale Blutungen rufen zuweilen ausgesprochene peritonitische Symptome und desshalb Täuschungen über die Art der vorliegenden Verletzung hervor.

Die Gründe dafür sucht Vortr.

1) in dem Umstande, dass neben der Blutung in das retroperitoneale Bindegewebe fast stets intraperitoneale Läsionen der schon genannten Art vorhanden sind;

2) in dem Reize, den das ergossene Blut auf Nerven und Plexus so wie auch auf die Darmmuskulatur ausübt, wenn es sich in das Mesenterium hinein erstreckt;

3) in Ernährungsstörungen, welche das weithin abgelöste Peritoneum und die von ihm überzogenen Theile in Folge der durch den Bluterguss bewirkten Kompression der zu- und abführenden Gefäße erleiden;

4) in der Autointoxikation des Organismus, welche die Resorption eines jeden größeren Blutextravasates im Gefolge hat.

B. führt ferner 2 Fälle von retroperitonealen Blutergüssen vor, die auf der chirurgischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses am Urban zur Beobachtung kamen:



1) Ein wahrscheinlich von den Nieren ausgehendes retroperitoneales Hämatom täuscht eine Blasenruptur vor. 22jähriger Kutscher wird von einem schweren Kohlenwagen über den Leib gefahren und bewusstlos in das Krankenhaus gebracht; hier mehrmaliges Erbrechen und Zeichen schweren Choks. Rechte Seite des Leibes stark aufgetrieben, sehr druckempfindlich, Bauchdecken aufs äußerste gespannt. Deutliche Schallabschwächung bei der Perkussion daselbst. In der Blase 300 ccm blutigen Urins, die mittels Katheters entleert werden müssen. 2 Stunden später ist die Blase leer, obschon Pat. inzwischen viel getrunken hat.

4 Stunden nach der Verletzung in der Annahme einer Blasenruptur Sectio alta (Prof. Körte). Blase leer, aber intakt. Darum Eröffnung der Bauchhöhle, in derselben etwas blutige Flüssigkeit, Dünndarm stellenweise stark kontrahirt, Coecum und Colon ascendens blutig suffundirt. Nirgends eine Perforation, dagegen ein großes retroperitoneales Hämatom vom Becken bis zur Niere und dem Dünndarm-Mesenterium medianwärts bis zur Wirbelsäule reichend.

Ausspülung der Bauchhöhle. Schluss der Wunde bis auf eine kleine Stelle, durch welche ein Jodoformgazestreifen bis auf die Blasennaht geleitet wird.

Heilung per primam.

Urin vom 3. Tage nach der Operation an blutfrei.

4 Tage nach derselben beginnend 4 Wochen lang anhaltende Fieberperiode mit Temperatur 38 und etwas darüber, die theils durch eine Resorption des Extravasates, theils durch eine wahrscheinlich traumatische rechtsseitige Pleuritis hervorgerufen zu sein scheint.

Das Bemerkenswertheste des Falles ist eine 4 Wochen dauernde Hämoglobinurie, die 16 Tage nach dem Unfalle einsetzte und allmählich verschwand. Sie ist mit Wahrscheinlichkeit auf die Resorption des Extravasates zurückzuführen. Heilung und Entlassung aus dem Krankenhause 2 Monate nach der Verletzung.

2. Fall. 38jähriger Arbeiter, Hufschlag in die linke Seite des Leibes. Gleichfalls zunächst ausgesprochene Erscheinungen einer Blasenruptur (blutiger Urin, Blasenlähmung, Temperatur 37,4, Puls 100, Leibesauftreibung, Druckempfindlichkeit und Rigidität der Bauchmuskulatur). Pat. soll desshalb 4 Stunden nach der Verletzung operirt werden, verweigert aber die Operation. In den nächsten 3 Tagen entwickelt sich unter Steigerung der Temperatur ein deutlich perkutorisch und palpatorisch nachweisbares Exsudat in der Gegend der Verletzung, das als entzündliches intraperitoneales Extravasat um eine Perforationsstelle des Darmes angesehen wird; desshalb wird die Laparotomie (Prof. Körte) vorgenommen, nachdem Pat. seine Einwilligung gegeben. Eröffnung der Bauchhöhle durch einen schrägen Schnitt, vom linken Rippenbogen bis nahe an die Symphyse.

Großes retroperitoneales Hämatom, von der linken Niere, die gefühlt wird und anscheinend intakt ist, bis zur Blase reichend, deren seröser Überzug noch theilweise abgehoben wird. — Nach rechts ragt das Hämatom noch über die Mittellinie hinaus. Durch dasselbe wird die Flexura sigmoidea stark in die Höhe gedrängt und anscheinend in ihrer Lebensfähigkeit beeinträchtigt; desshalb wird dieselbe an das Peritoneum parietale angenäht und die Bauchwunde nur zum Theil geschlossen. Das retroperitoneale Hämatom wird durch eine Incision zwischen 12. Rippe und Crista für sich extraperitoneal drainirt. Urin schon wenige Tage nach der Operation ganz klar, muss aber der bestehenden Blasenlähmung wegen längere Zeit hindurch (ca. 14 Tage) mit dem Katheter entleert werden.

Aus dem weiteren Verlaufe ist hervorzuheben: das Auftreten einer Kothfistel, da der Darm gangränverdächtig war, und zweitens die Entwicklung einer Lymphfistel an der Stelle, wo das retroperitoneale Extravasat drainirt war. Letztere Fistel besteht noch. Sie liefert durchschnittlich pro die 200—300 ccm einer trüben, nicht riechenden, grauweißen Flüssigkeit, die bei längerem Stehen eine rein eitrige Bodenschicht absetzt.

Eine in die Fistel eingeführte Sonde dringt weit nach der Mittellinie bis in die Gegend des 1. und 2. Lendenwirbels vor, so dass die Annahme begründet ist, dass eine der Wurzeln des Ductus thoracicus durch den Unfall zerrissen ist. Die

Kothfistel konnte durch Anfrischung und Naht geschlossen werden, die Lymphfistel dagegen trotzte verschiedenen Versuchen, sie zu schließen.

Zu bemerken ist noch, dass Pat. ein Jahr vor seinem Unfalle angeblich eine Nierenoperation (welcher Art?) durchgemacht hat, von der er eine Narbe in der vorderen linken Axillarlinie ungefähr in Nabelhöhe zurückbehalten hat. In dieser Narbe mündet ursprünglich die Lymphfistel, so dass die Annahme nahe lag, dass es sich um eine Nieren- resp. Nierenbeckenfistel handeln könne. Dem widerspricht, dass niemals urinös riechende Flüssigkeit aus der Fistel austrat, der Urin selbst quantitativ und qualitativ normal war und sich bei der Einführung von Methylenblau per os färbte, während das Fistelsekret ungefärbt blieb.

Pankreasfermente konnten in dem Sekrete nicht nachgewiesen werden.

4) Herr Grüneisen: Subphrenische Abscesse:

1) entstanden nach Magenperforation.

42jähriger Mann, vor 6 Jahren Magenblutung, vor 14 Tagen mit allgemein peritonitischen Symptomen erkrankt. Aufnahme am 12. Februar 1900. Vorwölbung der linken Seite, Tympanie und Metallklang im Epigastrium, mit Lageveränderung Schallwechsel. Bei der Eröffnung des Epigastrium wird eine große, mit Eiter und Gasen angefüllte Höhle freigelegt, die sich bis unter das Zwerchfell erstreckte, Speisereste oder Mageninhalt nicht enthielt. Zur besseren Drainage wurde am Rippenbogen eine Gegenincision angelegt.

Zur Zeit ist Pat. frei von Beschwerden.

2) Nach Perityphlitis.

Der andere Pat., 23jähriger Mann, war plötzlich mit Leibschmerzen und Erbrechen erkrankt, zeigte bei der Aufnahme Temperatursteigerung, Meteorismus und eine Resistenz im rechten Epigastrium. Probepunktion ergab seröses, nach 8 Tagen aber jauchig-eitriges Exsudat. Am folgenden Tage hatte sich in der Umgebung des Stichkanales eine ausgedehnte Phlegmone am Rücken entwickelt, die ausgedehnte Incisionen erforderte. Eröffnung des subphrenischen Abscesses unter Resektion einer Rippe und Durchtrennung des Zwerchfelles. Es schloss sich an ein Empyem der rechten Pleura, nach dessen Entleerung Pat. heilte.

5) Herr Riese (Britz): Demonstration von Präparaten etc.

R. war genöthigt, wegen Recidivs eines Mammacarcinoms eine ausgedehnte Resektion der rechten Brustwand zu machen unter Fortnahme mehrerer Rippen und der Pleura costalis. Um den Defekt zu decken, bildete er aus der Mamma der linken Seite einen Stiellappen und klappte ihn nach rechts. Es blieb nur eine kleine, unbedeckte Partie, die sich durch Granulationen schließt.

Danach demonstrirte R. ein Aneurysma der Art. poplitea, das er vor Kurzem exstirpirte. An dem betreffenden Knie fand sich außerdem eine angeborene Luxation der Patella so wie ganz erhebliche Genu valgum-Stellung, Momente, die vielleicht der Entstehung des Aneurysmas Vorschub geleistet.

Demonstration eines Präparates von chronischer Mesenteriitis des Mesenterium der Flexura sigmoidea mit Achsendrehung des Dünndarmes und Ventilverschluss des Colon transversum durch Leberverwachsungen.

6) Herr Katzenstein: Demonstration von Experimenten betreffend die instrumentelle Anlegung von Ligaturen.

Um eine Berührung von Wunden mit den Händen möglichst zu vermeiden und die Infektion durch dieselben auszuschalten, hat K. ein Instrument (Zange) konstruirt, welches ermöglicht, das Fassen des Gefäßes und die eigentliche Anlegung einer Ligatur in einem Akte zu bewerkstelligen.

Ein besonderer Vortheil liegt in der Methode noch in so fern, als durch sie Gefäße in der Tiefe, u. A. bei gynäkologischen Operationen, leicht unterbunden werden können.

K. verwendet kleine Drahtringe, die vermittels eines kleinen Péan über das blutende Gefäß hinweggestülpt und zusammengedrückt werden. Die Ringe heilen sehr rasch ein, wie die vorgezeigten Präparate (unterbundene Carotis, Vena jugularis, Nierengefäße etc. beim Kaninchen) und mikroskopische Schnitte beweisen.

K. demonstrirt an einem lebenden Kaninchen seine Methode; die Schnelligkeit und Leichtigkeit der Unterbindung der Gefäße ist überraschend.

Zum Beweise dafür, dass die Drahtschlingen auch einen sehr starken Druck der Gefäße aushalten, schließt er an große unterbundene Gefäßstämme (aus einer Leiche) ein Manometer an und spritzt unter einem sehr hohen, den Blutdruck noch übersteigenden Drucke Wasser ein. **Sarfert** (Berlin).

---

14) **Dubujadoux** (Blida). Quatre cas de contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval avec perforation de l'intestin. Quatre laparotomies, dont trois en pleine péritonite; trois guérisons. Rapport par M. Chauvel.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 851.)

D. hat 8 Fälle von Kontusion des Bauches durch Hufschlag beobachtet; 4 davon, bei denen die Erscheinungen leichter Art waren, heilten ohne Eingriff. In den 4 anderen wurde Laparotomie gemacht nach 9, 15, 17 und 29 Stunden; in allen fand sich eine Darmperforation, in 1 Falle eine umschriebene, in den 3 anderen Fällen eine ziemlich weit verbreitete Peritonitis mit trübem, theils flüssigem, theils fibrinös-flockigem, sero-purulentem Exsudat. Nur der nach 15 Stunden Operirte, bei welchem das Loch im Darme ziemlich groß war und viel Koth hatte austreten lassen, starb; die 3 übrigen genasen. Bei sämmtlichen 4 Operirten verzeichnete D. eine ziegelrothe Verfärbung der Wangen und Nase und einen schwach ikterischen Farbenton der Augen und der Nasen-Lippenfalte, während er diese Färbung bei den 4 leichten Fällen nicht beobachtete. Es erscheint die genannte doppelte Verfärbung recht früh nach der Verletzung; dessgleichen eine Vermehrung der Zahl der Athemzüge mit ausgesprochenem Angstgefühl. Für weniger zuverlässig für die Diagnose hält D. die vermehrte Resistenz der Bauchdecken, das Erbrechen, die Temperatursteigerung.

Für gleich nach der Verletzung zur Beobachtung kommende Kranke verlangt Verf. vollständige Ruhe, absolute Diät, Vermeidung von Opium, strengste Beobachtung. Verbreitung des Schmerzes, Beschleunigung und Ängstlichwerden der Athmung, leichte Tympanie sind ihm hinreichende Anzeichen, einen Eingriff zu rechtfertigen. Auftreten der oben erwähnten doppelten Verfärbung, Zunahme der Pulsfrequenz sprechen noch mehr dafür; gesellt sich dazu Erbrechen, Steigerung der Temperatur, Spannung der Bauchmuskulatur, so wird die Laparotomie dringend indicirt.

Die Gefahr der Darmverletzung liegt weniger in der Zahl der Perforationen, als in ihrer Größe, in der Leichtigkeit des Kothaustrittes.

Auf die Reinigung der Bauchhöhle, die Entfernung fibrinöser Beläge der Darmschlingen verwendet D. viel Sorgfalt und Zeit, so dass die Operationen bis 2 Stunden und mehr in Anspruch nahmen. **Reichel** (Chemnitz).

15) **E. W. Walker.** Strangulated hernia through a traumatic rupture of the diaphragm; laparotomy: recovery.

(Transactions of the American surgical association Vol. 18.)
Philadelphia, **William J. Dornan,** 1900.

39jähriger Arbeiter wird beim Bäumefällen von einem fallenden Baume in den Rücken getroffen und zu Boden geschlagen. Ein starker Ast, der den Baum ein Stück vom Boden entfernt hält, verhindert, dass er vollkommen zerquetscht wird.

Untersuchung ca. 20 Stunden später. Extremer Chok, Puls 145, weich, fadenförmig, aussetzend. Starke Dyspnoë, 42 Athemzüge pro Minute. Pat. klagte über heftigste Schmerzen in der linken Brust, die beim Husten und tiefen Athmen zunehmen. Kurzer, schmerzhafter Reizhusten; Sputum zeigt Blutspuren. Übelkeit und Erbrechen, letzthin kothig riechend. Hohe Einläufe ohne Erfolg. Starke Tympanie. Perkussion zeigt tympanitischen Schall über der Basis der

linken Lunge. Amphorisches Athmen. Succussionsgeräusch. Spitzenstoß 2 Zoll nach rechts von der normalen Stelle. Fraktur der 7. und 8. Rippe links hinten. Diagnose: Innere Einklemmung, möglicherweise eingeklemmter Zwerchfellbruch. Laparotomie in der Mittellinie. Milz, Magen, Leber und linke Niere werden unverletzt gefunden. Beim Abtasten des Zwerchfelles findet sich eine Darmschlinge fest in einen Riss desselben eingeklemmt. Ihre Reduktion gelingt erst unter beträchtlichem Zuge. Unmittelbar darauf hört man die Luft unter saugendem Geräusche bei der Athmung in die Brusthöhle ein- und ausströmen. Das eingeklemmte Darmstück war etwa 8 Zoll lang, stark hyperämisch und aufgebläht. Der Riss im Zwerchfelle ließ 3 Finger passiren, die Herz und Lunge abtasten konnten. An letzterer war keine Verletzung zu fühlen, auch war kein Blut in der Brusthöhle, dagegen etwa 3 Unzen geronnenes Blut in der Bauchhöhle. Zum Verschlusse des Zwerchfellrisses werden 4 Katgutsuturen angelegt, doch gelingt eine genaue Adaptation der Rissränder nicht. Naht der Bauchwunde. Glatte Heilung.

W. glaubt nicht, dass ein Recidiv der Zwerchfellhernie bei dem unvollständigen Verschlusse des Risses zu befürchten ist, da die Pleura diaphragmatica und visceralis mit einander verwachsen sein dürften.

Er bespricht an der Hand seines Falles und der einschlägigen Litteratur die Therapie der traumatischen Zwerchfellhernie und kommt dabei zu folgenden Schlüssen:

1) In allen Fällen von sog. innerer Einklemmung muss man an die Möglichkeit einer Zwerchfellhernie denken.

2) Wenn die physikalische Untersuchung das Bestehen einer Zwerchfellhernie wahrscheinlich macht, so muss man bei bestehenden Inkarcerationssymptomen unbedingt operiren.

3) In frischen Fällen, wenn die Diagnose frühzeitig gestellt wurde, ist die Laparotomie wahrscheinlich die bessere Operation.

4) In alten Fällen ist mit Rücksicht auf die Schwierigkeit der Reduktion des Darmes, der Ligatur des Sackes und der Naht des Risses im Zwerchfelle die transpleurale Operation vorzuziehen.

5) Kann der Darm von der Laparotomiewunde aus nicht reducirt werden, so ist die Thoracotomie gerechtfertigt. **R. v. Hippel** (Dresden).

16) **Moser.** Ein Fall von Coecumdivertikel im Bruchsacke.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 2.)

Bei einer 45jährigen Frau hatte sich eine handschuhfingerförmige Verlängerung am centralen Theile des Blinddarmes in einen seit Jahren vorhandenen Schenkelbruch eingeklemmt. Herniotomie, Invagination des Divertikels. Verschluss der Bruchpforte. Heilung.

Das Divertikel hatte aller Wahrscheinlichkeit nach Darmmuskulatur in seiner Wand enthalten. Über die Art und Weise seines Entstehens ließ sich nichts Sicheres eruiren, jedenfalls aber war es unabhängig vom Bruche zu Stande gekommen und erst später in den Bruchsack gelangt. Da sich in der Litteratur bisher überhaupt erst eine Angabe über Blinddarmdivertikel findet, dürfte der Fall schon seiner Seltenheit halber Interesse verdienen. **Honsell** (Tübingen).

17) **J. M. Elder.** Report of a case of strangulated obturator hernia.

(Annals of surgery 1900. August.)

Verf. berichtet über einen Fall von eingeklemmter Hernia obturatoria bei einer 73jährigen Frau. 3 Tage bevor sie in Behandlung kam, erhielt sie durch das Verfehlen einer Stiege einen plötzlichen Ruck, wonach sich heftige Schmerzen der unteren Bauchpartie einstellten, die in das rechte Knie ausstrahlten: danach bald kothiges Erbrechen. Der Bauch war aufgetrieben, doch ohne Zeichen von Peritonitis. Kein Stuhlgang seit dem Unfalle. Keine Hernie. Laparotomie. Der Darm war stark injicirt; als kollabirte Dünndarmschlingen zum Vorschein kamen, wurden diese in das Becken abwärts bis hinter den rechten Schambeinast verfolgt,

wo der Darm am oberen Theile des Foramen obturatum befestigt erschien. Eben so konnte eine erweiterte Darmpartie bis zu demselben Flecke verfolgt werden. Durch Zug an beiden Abschnitten gelang es ohne Schwierigkeit, den Darm zu befreien, die eingeklemmte Partie, schwarz, betrug dreiviertel des Darmumfanges. Heiße Tücher stellten hier die Cirkulation wieder her. Heilung.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

18) **A. Neumann.** Über einen durch Laparotomie geheilten Fall von Hernia retrocoecalis incarcerata.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 255.)

N. operirte mit Glück einen solchen Fall im Berliner Friedrichshain-Krankenhause. Pat. (Alter nicht angegeben), welcher schon oft Unterleibskolikanfälle mit Erbrechen und Schmerzen gehabt hatte, war beim Kistenheben akut erkrankt mit Leibschmerzen, Erbrechen und Aufstoßen. Dieses dauert auch nach der Spitalaufnahme an, bei welcher Pat. einen schwer kranken Eindruck machte, Puls 110, Urin reichlich Eiweiß enthaltend. Diagnose: mechanischer Ileus. Laparotomie noch selbigen Tages mit Schnitt von Symphyse bis Brustbein. Dickdarm kollabirt, Ileum gebläht. Letzteres wird vom Duodenum beginnend abgesucht und eventrirt. Nach Herauslagerung etwa der Hälfte des Dünndarmes wird ein geblähtes Darmstück sichtbar, welches direkt nach unten in die Gegend hinter dem Blinddarme lief. Ein nicht starker Zug entwickelt dieses Darmstück und mit ihm eine etwa 10 cm lange Schlinge, die bläulich und glasig aussah. Danach bläht sich der kollabirte Darmtheil auf, und mittels eingeführten Darmrohres können reichliche Darmgase entleert werden. Blinddarm und Wurmfortsatz waren normal, doch fand sich zwischen jenem und hinterer Bauchwand eine für 2 Finger durchgängige, ziemlich runde, scharfrandige Öffnung, durch welche man in eine etwa faustgroße, mit Serosa ausgekleidete Höhle gelangte, also in eine erweiterte Fossa retrocoecalis. Da Eile noth that, konnte die Naht dieser inneren Bruchpforte nicht mehr vorgenommen werden. Langsame, aber völlige Erholung und Heilung, die seit jetzt 7 Monaten ungestört geblieben.

Die Einklemmung war in diesem Falle eine leichte. Desshalb bestand auch kein lokaler Schmerz. Pat. bezeichnete vielmehr als Schmerzsitz die linke hypochondrische Gegend, wie es ähnlich auch bei einem analogen Falle von Körte beobachtet wurde.

Die chirurgischen Erfolge bei inneren Hernien sind bereits recht günstige. N. zählt 17 Operationen mit 9 Heilungen. (Es fehlen indess in N.'s diesbezüglicher Zusammenstellung 2 einschlägige Operationen von Becker-Hildesheim, eine geh., eine †: — cf. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIII. p. 544 — so wie ein erfolgreich operirter Fall von Schulz-Sonnenburg cf. l. c. Bd. XLIV. p. 271.)

Meinhardt Schmidt (Cuxhaven).

19) **Quénu.** Gastrostomie chez un enfant de quatre ans et demi pour un rétrécissement acquis de l'oesophage.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 954.)

Die geringe Zahl der bisher veröffentlichten Fälle von Gastrostomie bei kleinen Kindern — Q. fand bei einer allerdings unvollständigen Durchsicht der Litteratur nur 10 Fälle — veranlasst Verf. zur Mittheilung seiner Beobachtung. Q. war zu der Operation bei dem 4jährigen Kinde wegen völliger Undurchgängigkeit der Speiseröhre 8 Monate nach Verschlucken der ätzenden Flüssigkeit genöthigt. Er begnügte sich damit, die Magenwand an die Bauchwand anzunähen, eine ganz kleine Öffnung in sie zu machen und ihre Schleimhaut — nach Verkleinerung der Bauchdeckenwunde — durch einige Nähte mit der Haut zu vereinigen. Es kam zu keiner Reizung der Haut durch ausfließenden Magensaft. Die Fistel zeigte große Neigung sich zu verengen. Die Deglutition auf normalem Wege stellte sich für Flüssigkeiten spontan wieder her.

Reichel (Chemnitz).

20) O. Kraenzle. Über die Entfernung von Fremdkörpern aus dem Magen durch Gastrostomie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 2.)

K. berichtet über 3 Fälle von Fremdkörpern des Magens, die in der v. Bruns-schen Klinik operativ entfernt wurden:

1) Bei einem jungen Mädchen war nach einer von ihr selbst ausgeführten Magenausspülung ein 40 cm langes Stück einer Kautschuksonde im Magen zurückgeblieben. Nach 11 Monaten wegen starker Beschwerden Gastrotomie und Entfernung des macerirten Schlauchendes. Heilung.

2) Eine 49jährige Geisteskranke hatte 3 Haarnadeln und einen silbernen Löffel verschluckt. Sofort heftige Beschwerden. Nach 7 Tagen Gastrotomie, Extraktion der Gegenstände von 2 Incisionen aus. Heilung.

3) 24jähriges, an Melancholie leidendes Mädchen hatte vor 2 Jahren mehrfach Nägel, Strick- und Haarnadelstücke, so wie Knopfhaken verschluckt. Hochgradige Schmerzen und ständiges Erbrechen nöthigten zur Operation, die wegen ausgedehnter Verlöthungen des Magens mit der Umgebung recht schwierig war. Durch 2 Incisionen wurden insgesammt 21 Fremdkörper aus dem Magen entfernt, vier Nadeln mussten aus dem Darme extrahirt werden. Tod an Peritonitis.

In den beiden letzten Fällen hat die Diagnose durch wohlgelungene Röntgenaufnahmen eine wesentliche Stütze erfahren. Im Ganzen sind bisher 71 einschlägige Fälle mit 78,9% Heilung in der vorantiseptischen, von 86% Heilung in der antiseptischen Zeit beobachtet worden. Fälle, in welchen bereits Verlöthungen des Magens vorhanden waren, ergaben eine erheblich schlechtere Prognose, als solche ohne Verlöthung. Mit Rücksicht hierauf wie auf die mannigfachen Gefahren, welche Fremdkörper des Magens im Gefolge haben können, wird mit Recht die Frühoperation empfohlen. **Honsell** (Tübingen).

21) F. S. Watson. Hour-glass stomach, and its surgical treatment.

(Annals of surgery 1900. Juli.)

W. beschreibt in einer längeren Abhandlung über Sanduhrmagen und dessen Chirurgie einen Fall, bei dem er die von Wölfler angegebene Gastroanastomose sinnreich modificirte. Er legte den Magen so zusammen, dass die Vorderwand des Pylorussackes auf die Vorderwand des Kardiatheiles zu liegen kam, so dass die Partie der Striktur gewissermaßen als Scharnier des gefalteten Magens zu bezeichnen wäre. Die beiden Berührungsflächen wurden in einer Ausdehnung von $3^1/_2$—$1^1/_2$ Zoll (engl.) durch eine exakte, die serösen und muskulären Schichten fassende Naht an einander gelegt. Eine Incision eröffnete nun den vorliegenden Magentheil (also Hinterwand des Pylorussackes) und eine weitere durch die Duplikatur der beiden Säcke stellte von hier aus die Anastomose der beiden Magenabtheilnngen her. Naht der ersten Incision. Der Erfolg bei der 32jährigen Pat. war ein ausgezeichneter, sie nahm im Jahre nach der Operation 42 Pfund zu.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

22) J. Boeckel. Resection totale de l'estomac suivie de guérison.

(Bull. de l'acad. de méd. de Paris III. Sér. 65 ann. No. 1.)

Die noch selten ausgeführte Totalexstirpation des Magens — B. citirt nur 3 Fälle — war im vorliegenden Falle bedingt durch ein fast über die ganze kleine Curvatur ausgebreitetes Carcinom und bot bei verhältnismäßig beträchtlicher Gastroptose keine erheblichen Schwierigkeiten.

Die Rekonvalescenz war nur durch einen fieberhaften Durchfall gestört. In den der Operation folgenden 3 Monaten hat Pat. 20 Pfund zugenommen und zuletzt die gleiche Nahrung genossen wie ihre Umgebung. B. verspricht der totalen Resektion des Magens eine größere Zukunft und Ausdehnung der Indikation auf »gewisse andere schwere Magenaffektionen, deren Sitz oder Ausdehnung keine Gastroenterostomie gestattet«. **Christel** (Metz).

23) **Wanach.** Zur Kasuistik der Achsendrehung des Blinddarmes.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1900. No. 32.)

In einem Falle war der um 180° um seine eigene Achse gedrehte Blinddarm in einen Leistenbruch eingeklemmt. Peritoneale Narbenstränge befestigten den Außenrand des Blinddarmes und sind wohl ätiologisch mit für das Zustandekommen der Achsendrehung heranzuziehen. Bemerkenswerth ist, dass der Volvulus entstand, obwohl der Blinddarm kein Mesenterium hatte, sondern zu $^1/_4$ extraperitoneal lag. Das subperitoneale Gewebe war aber so verschieblich, dass doch die Drehung möglich war. Zurückdrehung des Blinddarmes, Reposition, Heilung.

Im 2. Falle fand sich rechts vom Nabel eine Vorwölbung mit lokalem Meteorismus. Die Laparotomie bestätigte die vorher gestellte Diagnose auf Volvulus des Blinddarmes. Dieser hat mit dem Ileumende ein gemeinsames Mesenterium, ist mitsammt den letzten Ileumschlingen um 150° gedreht und zugleich nach oben geklappt. Über den Blinddarm an seinem Übergange ins Colon ascendens läuft ein breiter Bindegewebsstrang, der die Lichtung des Darmes verengt. Rückdrehung des Volvulus, Schluss der Bauchwunde. Tod wahrscheinlich an peritonealer Sepsis.

Haeckel (Stettin).

24) **T. S. Kirk.** Complete prolapse of the rectum successfully treated by intraabdominal fixation.

(Brit. med. journ. 1900. December 22.)

Es handelt sich um ein 12monatliches Kind, welches einen Mastdarmvorfall von 6 Zoll Länge aufwies, der sich mit den gewöhnlichen Mitteln nicht zurückhalten ließ. Dabei befand sich die Schleimhaut in einem Zustande hochgradiger Entzündung. Über der Fossa iliaca sinistra wurde ein Schrägschnitt gemacht, die Bauchmuskulatur entsprechend ihrem Faserverlaufe gespalten. Die Fascia iliaca wurde durch Ablösen des Bauchfelles freigelegt und der möglichst nach oben gezogene Mastdarm daran genäht. Die Naht begann dicht neben dem Bauchfellansatze und heftete eine möglichst große Fläche der Mastdarmwand an die Fascie.

Nach ca. $^3/_4$ Jahr war die Heilung noch vollständig, obwohl das Kind einen Anfall von Enteritis durchgemacht hatte. **Weiss** (Düsseldorf).

25) **Frazier.** The operative treatment of cirrhosis of the liver. Report of a successfull case.

(American journ. of the med. sciences 1900. December.)

Rutherford Morison war der Erste, welcher erfolgreich durch Herstellung neuer Anastomosen die Lebercirrhose behandelte, nachdem vor ihm schon von Anderen der Versuch gemacht worden war. Talma, nach dem jetzt die Operation meist benannt wird, operirte seinen ersten Fall erst nach Morison. (Diese Angaben sind wohl nicht ganz zutreffend. Ref.). Der eigene Fall F.'s betraf einen Arbeiter im mittleren Lebensalter, im Jahre 1882 syphilitisch inficirt, Alkoholist und starker Raucher. Herzdämpfung verbreitert, systolisches Geräusch an der Spitze. Lungen normal, Milz und Leber vergrößert, starker Ascites und Ödem der Beine. Urin enthält Spuren von Eiweiß, wenige Eiter- und Blutzellen, keine Cylinder. Digitalis, Koffeïn, Theobromin, Diuretin, Strophantus ohne Einfluss auf den Ascites.

30. April 1900 Paracentese, die 4mal, in Intervallen von etwa 14 Tagen wiederholt, je 512, 485, 330 und 400 Unzen entleert.

25. Juli Laparotomie, zunächst unter Lokalanästhesie, dann unter Äther wegen starker Schmerzen beim Manipuliren in der Bauchhöhle. Entleerung des Ascites, kräftiges Abreiben des Peritoneum parietale mit Gazetupfern, Annähen des Netzes an die vordere Bauchwand, Schluss der Wunde ohne Drainage. Heilung p. pr. Am 13. und 36. Tage durch Punktion 328 bezw. 96 Unzen Flüssigkeit entleert, seitdem keine neue Ansammlung mehr. Pat. seitdem vollkommen wohl.

F. hält bei bestehender Lebercirrhose die Operation für indicirt, wenn man annehmen darf, dass die Leberzellen noch funktionsfähig sind, wenn interne Medikation, besonders Jodkalium, und Paracentese erfolglos blieben und keine besonderen Kontraindikationen bestehen.

Allgemeine Narkose soll man, wenn möglich, vermeiden. Drainage birgt die Gefahr der Sekundärinfektion des Bauchfelles in sich. Die Flüssigkeit, welche sich bis zur Herstellung des Kollateralkreislaufs noch bildet, soll durch Punktion entleert werden. Das kräftige Abreiben des Peritoneums wirkt sicherer als Skarifikationen der gegenüberliegenden Peritonealflächen und vermeidet außerdem die Blutung. Breite Heftpflasterstreifen sollen den Verband fixiren und die zur Verwachsung bestimmten Flächen gegen einander pressen. (Die Ansichten über die Unzweckmäßigkeit der Drainage werden von Anderen nicht getheilt. Vgl. Brown dieses Centralblatt 1900. p. 935. Ref.). **R. v. Hippel** (Dresden).

26) **J. L. Faure.** Pancréatite suppurée, laparotomie. Guérison avec une fistule pancréatique. — Rapport par Aimé Guinard.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 902.)

Die 22jährige Pat. erkrankte mit etwas Fieber, heftigem Schmerz in der Regio epigastrica, großer Abgeschlagenheit. Das Fieber nahm allmählich zu, das Allgemeinbefinden verschlechterte sich, die Kranke erbrach, der Leib trieb auf, der Puls wurde schnell und klein. Desshalb entschloss sich F. 9 Tage nach Beginn der Erkrankung zur Laparotomie in der Medianlinie. Die untere Fläche der Leber war mit dem Magen verwachsen. Nach Lösung der Verwachsungen ergoss sich plötzlich eine Menge Eiter, etwa ein großes Glas voll, aus einer hinter dem Magen gelegenen Tasche; das Omentum gastro-hepaticum war durchtrennt worden. In der bräunlichen Flüssigkeit schwammen nekrotische Gewebsfetzen. Die Rückwand der Eiterhöhle wurde von dem etwas fetzigen Pankreas gebildet. Drainage und Tamponade mit Jodoformgaze. Am 15. Tage wurde das Drainrohr entfernt. Es blieb eine Fistel zurück, aus der sich reichlich klarer, farbloser Pankreassaft entleerte.

Die Differentialdiagnose hatte zwischen Perforation eines Magengeschwüres, Appendicitis mit abnorm hoher Lage des Wurmfortsatzes und Hämatocele geschwankt. **Reichel** (Chemnitz).

27) **Schmidtmann.** Ein Fall von Fettnekrose und Blutung des Pankreas.

(Inaug.-Diss. Kiel, 1900. 37 S.)

Ein Fall aus der Helferich'schen Klinik, in dem in Anschlusse an die Einrichtung einer Luxat. cox. congenit. bei einem 8jährigen Mädchen Erbrechen, Benommenheit, Pulsbeschleunigung und trotz aller Bemühungen Tod eintrat. Die Sektion ergab, neben starker Trübung und fettiger Degeneration von Herz, Leber und Nieren und Ödem des Gehirns, um den Pankreasschwanz, im Netze und Mesenterium zahlreiche linsen- bis erbsengroße weißliche prominirende Stellen von Fettgewebsnekrose. In der Cauda pancreatis eine etwa haselnussgroße Blutung älteren Datums. Der Tod wird als Chloroformtod aufgefasst. Ein Hinweis während des Lebens auf die Pankreasveränderungen war trotz sorgfältiger Untersuchung vor der Operation nicht gefunden worden, die gewöhnlich betreffend der Ätiologie angeschuldigten schädigenden Momente waren natürlich bei dem 8jährigen Kinde ausgeschlossen. **H. Lindner** (Dresden).

28) **Tricomi.** Contributo clinico alla chirurgia del pancreas.

(Riforma med. 1898. No. 37.)

Den bisher veröffentlichten 5 Fällen von Exstirpation einer bösartigen Pankreasgeschwulst (Ruggi, Briggs, Terrier, Krönlein, Biondi) fügt T. einen 6. hinzu.

Die faustgroße Geschwulst hatte sich bei einer 52jährigen Pat. schnell entwickelt. T. verschaffte sich Zugang zu ihr durch das kleine Netz hindurch; sie

war mit dem Magen verwachsen, der bei der Auslösung einriss; die Exstirpation gelang ohne erhebliche Blutung. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Adenocarcinom. Die Pat. erholte sich zunächst, starb aber 4 Monate nach der Operation an Leberrecidiv. Vom Pankreas fand sich nur ein kleiner Rest des Schwanzes, der gleichfalls carcinomatös war. Zu bemerken ist, dass der Urin der Pat. sowohl vor als nach der Operation zuckerfrei war und dass der Stuhl keinen abnormen Fettgehalt zeigte. **W. Petersen** (Heidelberg).

29) **G. Barling. Remarks on chronic enlargement of the pancreas in association with or producing attacks simulating biliary colic.**

(Brit. med. journ. 1900. December 22.)

In 4 Fällen, welche wegen andauernder auf Gallensteine hindeutender Kolikanfälle zur Operation kamen, fand sich eine Schwellung und Verhärtung des Pankreas. 2mal fanden sich Gallensteine; in einem Falle ca. 800, im anderen nur wenig, daneben aber bestand Cholecystitis. Im letzteren Falle wurde eine Gallenfistel angelegt. Dieselbe wurde so lange offen gehalten, bis dass die Galle ein völlig normales Aussehen hatte. Der Kranke blieb dann gesund. Im 1. Falle wurde die Drainage der Gallenblase nur kurze Zeit fortgesetzt. Es entwickelte sich dann eine Geschwulst im oberen Theile der Bauchhöhle, die sich bei der erneuten Laparotomie als Pankreascyste erwies. Sie wurde an das Peritoneum parietale angenäht und drainirt. Innerhalb 4 Monate trat Heilung ein.

In dem einen der 2 Fälle, in welchen sich keine Gallensteine fanden, blieb die Operation auf die Probelaparotomie beschränkt, die Kolikanfälle kehrten aber auch wieder. Im anderen Falle wurde eine Kompression des Gallenganges durch ein Carcinom des Pankreaskopfes angenommen und desshalb eine Cholecystenterostomie angelegt. Die Anfälle kehrten nicht wieder, und die Schwellung des Pankreas nahm ab.

B. nimmt an, dass es sich um eine Infektion des Pankreas vom Darme aus handelte, wie Ähnliches an den Speicheldrüsen zur Beobachtung gelangt. Die Kolikanfälle sind dann auf Rechnung der Kompression des Gallenganges seitens des entzündlich geschwellten Pankreas zu setzen, falls nicht eine Entzündung des Gallenganges selbst vorliegt. Zur Behandlung empfiehlt B., ähnlich wie Robson, eine möglichst lange durchgeführte Drainage der Gallenblase. Die Cholecystenterostomie kommt da in Betracht, wo Zweifel bezüglich der Natur der Vergrößerung des Pankreas bestehen. **Weiss** (Düsseldorf).

30) **W. Lemmen. Die Brüche des Fersenbeines.**

Diss., Bonn, 1900. 54 S.

Unter 3554 Frakturen, welche in den letzten 10 Jahren im Kölner Bürgerhospitale stationär behandelt wurden, waren 65 Fersenbeinbrüche = 1,83% sämmtlicher Frakturen (gegenüber 1,71% Talusbrüchen, 0,73% Brüchen des Naviculare und Cuboides, 3,26% Brüchen des Metatarsus und der Phalangen). Das 3. bis 4. Decennium stellte nahezu $^{3}/_{4}$ der 65 Fälle, in 3 Fällen waren Kinder unter 10 Jahren betroffen. Außer dem häufigsten Entstehungsmechanismus: Kompression durch Fall auf die Füße oder durch Überfahrenwerden, wurden mehrere Fälle beobachtet, bei welchen hauptsächlich eine Beanspruchung des Knochens auf seine Tensionsfestigkeit und Elasticität angenommen werden musste: Fall mit Hängenbleiben der Ferse in den Speichen eines Rades, Sturz von der Leiter mit Einklemmung des Fußes zwischen den Sprossen derselben. Nur 3 reine Rissbrüche wurden beobachtet; die bei Rissbrüchen gewöhnlich vorhandene Diastase entstand öfters bei Kompressionsfrakturen erst sekundär, indem der hintere Theil eines Längsbruches, der durch einen Querbruch in 2 Theile getheilt war, nach oben gezogen wurde. In 40 von den 65 Fällen war gleichzeitig der Talus gebrochen, in 23 Fällen gleichzeitig der äußere Knöchel. Nach der Röntgendurchleuchtung handelt es sich meist um einen Querbruch, dessen Bruchlinie an der Sohlenfläche in der Mitte des Knochens beginnt, dann ungefähr bis zur halben Höhe des Cal-

caneus emporsteigt und sich hier in 2 oder mehrere Schenkel theilt, welche entweder horizontal in der Längsachse des Knochens verlaufen, oder gabelförmig nach oben gehen. Daneben kommen atypische Splitterungen und Fissuren vor; in einigen Fällen ließ die Durchleuchtung nichts Krankhaftes nachweisen, obgleich nach den klinischen Erscheinungen sicher eine Fraktur vorlag.

Die Behandlung bestand immer in einem permanenten Extensionsverbande (Technik im Originale und in Bardenheuer's Lehrbuche der Frakturen), welcher durchschnittlich 3—5 Wochen angewendet wurde. Die Nachbehandlung dauerte gewöhnlich 4—5 Wochen. Ungefähr die Hälfte der Pat. wurde nach 7—10 Wochen als völlig geheilt, ohne Schmerzen, entlassen, meist mit Plattfußschuh. Der Arbeit ist eine Tabelle über sämmtliche im letzten Jahrzehnt im Kölner Bürgerhospitale behandelte Frakturen beigefügt. **Mohr** (Bielefeld).

31) **Clark. My experiences in South-Africa.**

(Glasgow med. journ. 1901. No. 1.)

Verf. war Chefarzt des schottischen Feldlazarettes, welches in Kroonstadt etablirt ist, vom 25. Mai bis 14. Oktober. Er theilt die mannigfachen Unzuträglichkeiten mit, die Anfangs einem ersprießlichen Arbeiten hinderlich waren. Wir erfahren von der starken Überfüllung aller verfügbaren Lokalitäten in Bloemfontein und Kroonstadt durch Typhus- und Ruhrkranke, von den zahlreichen Opfern, die beide Krankheiten forderten, und von den sehr unerwünschten Zuständen, die namentlich in Kroonstadt in hygienischer Beziehung herrschten. Es gelang C., Besserung in dieser Beziehung zu schaffen. Die relativ leichte Heilung und Gutartigkeit der Wunden führt er auf die Eigenthümlichkeit des Mausergeschosses zurück. Septische Fälle waren zahlreich und oft sehr schwerer Art. Am besten waren die, welche vor dem Transporte im Feldhospitale überhaupt nicht angerührt waren! — Von den verhältnismäßig wenigen chirurgischen Fällen führt er die interessantesten an, welche die Gutartigkeit des Mausergeschosses beweisen, z. B. Lochschüsse durch Ellbogen, das Becken, das Kniegelenk, Schüsse durch Brust- und Bauchhöhle mit Verletzung von Leber und Zwerchfell. Leider fehlt bei diesen die Angabe der Entfernung, aus der die Verletzung erfolgte. Einen eigenthümlichen Lauf nahm ein Geschoss, das aus 700—800 m die Mitte des Brustbeines traf, woselbst der Einschuss sich fand. Das Geschoss hatte den Körper verlassen an der hinteren Ecke des linken Deltoideus, dabei war ein Kontourschuss auszuschließen. Schüsse durch die Brust waren sehr häufig und meist gutartig, manchmal fehlte sogar Hämothorax. Trepanationen wegen Schädelschüssen kamen nur 3mal vor, 1mal wurde eine große Höhle im Gehirn ausgeräumt mit dem Erfolge, dass komplete Lähmung von linkem Arm und Facialis zurückgingen. Bei einem Hauptmanne, der einen Schuss quer durch den Schädel erhalten hatte und danach eine Zeit lang völlig blind war, stellte sich das Sehvermögen wieder ein, es blieb aber eine horizontale Hemiopie. Traumatische Aneurysmen wurden 2 operirt; einer der Pat., bei welchem das Aneurysma an der linken Carotis saß und sich als dünner Sack in die Brusthöhle erstreckte, starb bald nach der Operation, bei welcher die Anonyma unterbunden war und bei der er viel Blut verloren hatte. Bei dem anderen handelte es sich um ein Aneurysma der Art. profunda femoris, welches mit Erfolg nach Unterbindung entfernt wurde. — Von Interesse ist es auch, dass sämmtliche Mitglieder des Hospitales in der Heimat gegen Typhus immunisirt waren und davon verschont blieben, und dass bei ihnen die Widal'sche Reaktion positiv ausfiel. **Trapp** (Bückeburg).

Berichtigung. In No. 8. d. Bl. lies im Inhaltsverzeichnis unter No. 4 und auf p. 225 Z. 18 v. u. Deelemann statt Drehmann.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 15. Sonnabend, den 13. April. 1901.

(Aus der chirurgischen Universitätsklinik des Prof. Dr. B. Kader in Krakau.)

Ein resorbirbarer Darmknopf aus Magnesium.

Von
Dr. V. Chlumský.

Der Murphy'sche Darmknopf gilt jetzt als der beste solcher Apparate. Er hat aber noch eine große Anzahl Fehler[1], die seine allgemeine Anerkennung stark beeinträchtigen und das reservirte Verhalten »der Knopfgegner« als berechtigt erscheinen lassen. An

[1] Chlumský, Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXV. Hft. 3.

erster Stelle ist es seine Unresorbirbarkeit. Bereits auf dem vorjährigen Chirurgenkongresse berichtete ich, dass es mir gelungen sei, einen resorbirbaren Darmknopf aus Magnesium herzustellen. Meine damaligen Experimente ergaben aber nur ein ungenügendes Resultat, da die Apparate in Folge von verschiedenen technischen Fehlern schlecht funktionirten und scharfe Splitter abgaben, die mir als gefährlich erschienen. Ich habe damals mit einem treu nach dem ursprünglichen Murphy'schen Muster angefertigten Knopfe gearbeitet. Die Herstellung eines solchen Knopfes war jedoch technisch schwer, kostspielig und nicht fehlerfrei; besonders die Seiten- und die Spiralfeder funktionirten unvollkommen, und das nicht genügend reine Metall zerfiel in dem Darmtractus, wie gesagt, in harte, scharfe Splitterchen.

Alles dies glaube ich heute durch gewisse Veränderungen und Verbesserungen fast gänzlich beseitigt zu haben. Es ist mir gelungen, ein vollkommen reines Magnesiummetall zu erhalten, welches gleichmäßig resorbirt wird und nur ganz kleine Splitterchen abgiebt. Kleine schrotkorngroße Kügelchen von diesem Metalle, bei gastroresp. jejunostomirten Pat. in den Magen oder den Darm eingeführt, wurden in den ersten 2 Tagen an ihrer Oberfläche etwas rauh, wiesen aber keine nadelförmigen Spitzen wie früher auf. Sie verkleinerten sich in den weiteren 4 Tagen etwa um die Hälfte ihres Volumens und verschwanden nach und nach in 10—16 Tagen vollständig. Ganz analog verhielt sich die Sache mit der Resorption meiner Knöpfe. Im Magen und im Darme des Hunde erschienen die Knöpfe nach 8—10 Tagen stark arrodirt, in 16—20 Tagen waren sie spurlos verschwunden.

In einem Falle von Carcinoma pylori, bei dem ich kürzlich die vordere Gastroenterostomie mittels meines Knopfes ausführte, und der am 5. Tage nach der Operation an beiderseitiger krupöser Pneumonie zu Grunde ging, fand ich den Knopf an Ort und Stelle, die Oberfläche beider Knopftheile rauh, aber noch fest, den inneren, mit den Haken versehenen Cylinder stark arrodirt. Die freie Oberfläche besaß aber keine so scharfen Splitter, wie ich sie bei meinen ersten Versuchen sah. Die in dem Magen liegende Knopfhälfte war mehr angegriffen als die in dem Darme liegende, doch war der Unterschied nicht besonders groß.

Die Spiralfeder, die bei den früheren Versuchen nicht vollkommen funktionirte, habe ich bei meinem jetzigen Knopfe sammt der beweglichen Lamelle vollständig weggelassen, und zwar aus folgenden Gründen: Diese Feder hat bei dem Murphyknopfe den Zweck, die an einander gebrachten Wundränder durch den anhaltenden elastischen Druck zur Nekrose zu bringen und so den Knopf frei zu machen. Hier liegt aber die größte Gefahr des Murphyknopfes: Oft ist die Feder zu schwach oder sie funktionirt aus anderen Gründen schlecht. Der Knopf bleibt dann in loco sitzen und stört die Passage. Ist aber andererseits die Feder etwas stärker als noth-

wendig, so quetscht sie die Wundränder vorzeitig ab, und der Knopf verlässt die nur ungenügend vernarbte Wunde. Ein ganz schwacher Anstoß genügt dann, die leicht verklebten Darmwände aus einander zu reißen und die Infektion des Peritoneums hervorzurufen. Eine genaue Dosirung der Federkraft ist kaum zu erzielen, da die Dicke der Magen-Darmränder, deren Ernährungszustand und Vitalität sehr verschieden sind.

Dies Alles kommt bei einem resorbirbaren Knopfe nicht in Betracht. Ein solcher Knopf bezweckt nur die Verwachsung der Wundränder, nicht aber ihre Zerstörung. Hat er das erzielt, so soll er durch Resorption beseitigt werden. Desswegen habe ich die Spiralfeder sammt der Lamelle, wie sie dem Murphyknopfe eigen sind, bei meinem Apparate weggelassen.

Die lateralen Federn bildeten in den ersten Versuchen ebenfalls eine große Schwierigkeit; sie hielten schlecht und wurden vorzeitig resorbirt. Ich habe desswegen ihre Zahl von 2 auf 3—5 vermehrt und sie direkt aus dem starken, inneren Cylinder herstellen lassen, was sich ebenfalls als durchaus praktisch erwiesen hat. Die Handhabung des Knopfes ist ganz dieselbe wie die des Murphy'schen.

Um die Resorption des Knopfes bei der Gastroenterostomie in der gewünschten Zeit — also vom ca. 8.—10. Tage nach der Operation ab — zu beschleunigen, rathe ich, den Pat. schwache Salzsäurelösungen innerlich zu geben.

Für die Fälle, bei welchen man event. die Abquetschung der Wundränder auch bei meinem Knopfe erzielen will, so wie es bei dem Murphyknopfe geschieht, genügt es, an dem weiblichen Cylinder einen breiten Gummiring anzubringen, der die Funktion der elastischen Feder und der flachen, beweglichen Lamelle noch besser als diese erfüllt, da er gleichmäßiger und beständiger wirkt.

Mein Magnesiumknopf ist bei der Firma Friedrich Voesch in Würzburg zu erhalten.

---

1) C. T. Noeggerath. Das Verhalten unmittelbar der Luft entstammender Keimformen in frischen Thierwunden. Beitrag zur chirurgischen Bedeutung der Luftinfektion.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 277.)

N. berichtet über von ihm in Friedrich's Leipziger Universitätspoliklinik angestellte bakteriologische Untersuchungen. Bei der ersten Versuchsreihe wurden mit Bouillon gefüllte Petrischalen 10 Minuten bezw. 2 Stunden lang frei der Luft ausgesetzt, um Luftkeime aufzunehmen (»Absitzmethode« Koch's). Von dieser Bouillon wurden dann von Stunde zu Stunde bezw. noch häufiger Gelatine-, Bouillon-etc. Röhrchen geimpft und dem Brutofen übergeben. Aus den während der ersten Stunden beschickten Röhrchen wächst nur eine niedrige Zahl von Keimen auf, in den nach der 7., 8. oder $8^1/_2$. Stunde aber beginnt plötzlich eine auffallend starke Vermehrung

der Koloniezahlen. N. führt aus, dass die geringe Keimentwicklung in den ersten Stunden der Zeit entspricht, in der die Luftkeime ruhen und sich erholen müssen. Erst nachdem sie eine höhere biologische Potenz gewonnen, erzielen sie eine stärkere Vermehrungskraft, wie man sie bei künstlichen Reinkulturen zu sehen pflegt.

Den Reagensglasversuch hat nun N. auch beim lebenden Thiere nachgeahmt. Kaninchen werden aufs Versuchsbrett gespannt und ihnen eine 10—12 cm lange Wunde in der Bauchhaut gemacht, deren Ränder noch lappenförmig abgelöst werden, die Wunde bei distrahirten Rändern 2 Stunden lang offen der Luft exponirt, dann mit einer sterilen Kompresse geschlossen. Es folgt hiernach wiederum von Stunde zu Stunde bei Wiederaufklappung der Wunde eine Abimpfung mit Platinöse in Nährgelatine-etc. Röhrchen. Nach 12 Stunden definitive Naht der Wunde, die stets per primam heilte. Das Resultat entsprach ganz den Experimenten in vitro: zunächst nur wenig Keime, von der 6., 7., 8. Stunde an plötzlich sehr zahlreiche. Der Thierversuch unterscheidet sich aber vom Reagensglasversuche dadurch sehr wesentlich, dass weiterhin die in der Bouillon (offener Petrischale) ausgekeimten Mikroben ein steigendes Wachsthum zeigen, dagegen in der Wunde sehr bald eine rapide Verringerung bezw. ein Verschwinden der Keime, ein »Sturz« der Keimzahlen eintritt. Jetzt macht der Körper seine Schutzkräfte geltend, die er während der Zeit gesammelt hat, die die Luftkeime zu ihrer Anpassung bedurften.

Es sprechen also auch N.'s Versuche dafür, dass die Gefahr einer Staub-Luftinfektion fast gleich Null zu setzen ist.

Nähere Ausführungen siehe im Originale, in welchem 57 Abhandlungen benutzt und herangezogen sind.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

2) **Schattenfroh** und **Grasberger.** Die Beziehungen der unbeweglichen Buttersäurebacillen zur Rauschbrandaffektion. (Aus dem hygienischen Institute der Universität Wien.)

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 50.)

3) Dieselben. Neue Beiträge zur Kenntnis der Buttersäuregärungserreger und ihrer Beziehungen zum Rauschbrand.

(Ibid. 1901. No. 2.)

Das Ergebnis der werthvollen Untersuchungen der Verff., deren erste Arbeit über die Beziehungen der Buttersäurebacillen zu der Gasphlegmone im vorigen Jahrgange dieses Blattes p. 1124 erwähnt worden ist, lässt sich kurz dahin zusammenfassen, dass außer den von ihnen früher beschriebenen beweglichen und unbeweglichen Buttersäurebacillen noch andere anaërobe, Kohlenhydrate vergärende und Fäulnis erregende Buttersäurebacillen vorkommen, die morpho- und biologisch von ersteren wohl unterschieden sind, so wie ferner, dass ein in die Gruppe der unbeweglichen Buttersäurebakterien gehörendes Stäbchen (ein »Clostridium«) *κατ' εξοχήν* der Erreger des Rinderrauschbrandes sei. Es gelang den Verff., dasselbe wiederholt aus

rauschbrandigen Rindermuskeln in Reinkultur zu züchten und erfolgreich auf Meerschweinchen zu übertragen. Über die weiteren, auf den Nachweis der Pathogenität der gezüchteten Stämme für Rinder ausgehenden Versuche, denen sich Immunisirungs- und Impfversuche anschließen sollen, wird später berichtet werden.

Kramer (Glogau).

---

4) **M. Mohaupt.** Beiträge zur Frage nach der Bedeutung der Hautdrüsensekretion auf den Sterilisationseffekt bei der Hautdesinfektion.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 141.)

M. berichtet in dieser aus der Leipziger Universitätspoliklinik hervorgegangenen Arbeit über sehr interessante von ihm zusammen mit Dr. Stamer und Rauscher ausgeführte Untersuchungen, die die Frage aufklären sollten: ob nach einer gründlichen Reinigung der Haut in den Schweißdrüsen Bakterien zurückbleiben, und ob diese event. zurückbleibenden Bakterien, durch den Sekretionsstrom herausgeschwemmt, frei werden und so vielleicht eine Infektion vermitteln können. Die Resultate sind in durchaus diese Fragen bejahendem Sinne ausgefallen. Über die Versuchsanordnung ist Folgendes kurz zu berichten: 1) Wie lange bleibt eine sterilisirte Hautfläche unter steriler Bedeckung steril? Hautstellen am Unterschenkel und Oberarme wurden rasirt, geseift und mit Äther abgerieben. Die Prüfung des Keimgehaltes so vorbereiteter Haut mit der Fürbringer'schen »Hölzchenmethode« ergab nur geringen Keimgehalt. Nun aseptische Verbandocclusion der Haut mit Bedeckung durch Protectiv-silk. Nachprüfung des Hautkeimgehaltes nach 24 Stunden, wobei stets sehr zahlreiche Keime zu finden waren. 2) 3) 4) Zur Prüfung, ob die Keimvermehrung mit der Drüsenabsonderung der Haut in ursächlicher Beziehung stehe, wurde die beobachtete Hautfläche nach entsprechender Vorbereitung und Verbandbedeckung künstlich zu starkem Schwitzen angeregt, und zwar in verschiedenen Versuchsreihen zuerst durch ein lokales Dampfbad (Benutzung eines Bier'schen Heißluftapparates, in welchen eine Schale mit kochendem Wasser gestellt war), dann durch Heißluftbad, endlich durch ein elektrisches Lichtbad, das bekanntlich ebenfalls schweißtreibend wirkt. In allen diesen Versuchen konnte schon nach wenigen bis 30 Minuten langem Schwitzen der vermehrte Keimgehalt auf der Hautoberfläche nachgewiesen werden. Die nach erfolgter Reinigung der Haut nachträglich nachweisbar werdenden Keime können nur aus den Drüsengängen der Haut aus der Tiefe mit den Sekreten hervorgeschwemmt sein, und zwar sind die Schweiß-, nicht die Talgdrüsen als die Standorte dieser Keime anzusehen: 1) Weil die Versuche auch an der Planta pedis, wo keine Talgdrüsen vorhanden sind, erfolgreich ausfielen, 2) weil nachweislich bei den hier angewandten Reizen wohl die Schweißdrüsen, nicht aber die Talgdrüsen zu Hypersekretion angeregt werden.

In praktischer Beziehung gaben die Versuche vielleicht dafür eine Aufklärung, wesshalb bei Wunden trotz sonstigen guten Verlaufes Stichkanäle öfters eitern. Auch stützen diese Versuche den in der Praxis üblichen Gebrauch, dass die Operateure bei ihrer Arbeit ihre Hände von Zeit zu Zeit immer wieder einer erneuten Abspülung mit Alkohol etc. unterziehen.

Der Mittheilung seiner eigenen Arbeiten schickt M. eine sehr gut orientirende Umschau im Gebiete der Litteratur der Händedesinfektion vorauf. Das zum Schlusse mitgetheilte Litteraturverzeichnis zählt 62 Nummern. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

5) **W. Sender** (St. Petersburg). Billige Schutzverbände.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. VIII. Hft. 3 u. 4.)

Verf. beschreibt die von Turner bei Gelegenheit einer Demonstration in der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft in St. Petersburg angegebene Methode zur Herstellung von Leimverbänden. Turner mischt dem Leim während des Kochens Holz bei in Gestalt von Lignin oder Cellulosewolle. Die zäh-flüssige Masse wird am Gipsmodelle auf Mullbinden (2—3 Lagen) aufgestrichen und eingerieben. Unter den Mullbinden befindet sich als erste Lage Trikot. Auch das Ganze wird mit Trikot überzogen. Das Trocknen erfordert 1—2 Tage. Die Verbände werden als billig, leicht, federnd, bequem und dauerhaft bezeichnet und sehr empfohlen.

J. Riedinger (Würzburg).

---

6) **Wagner.** Über die Verwendung subkutaner Gelatineinjektionen zur Blutstillung.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. VI. Hft. 4 u. 5.)

Gelatine wurde subkutan zuerst bei Aneurysmen injicirt, später bei Nasenbluten, Metrorrhagien, Blutergelenken etc. Auch lokal fand sie bei Nasenbluten Anwendung in Form mit Gelatine durchtränkter Tampons; selbst innerlich wurde sie bei Magen- und Lungenblutungen gegeben. W. berichtet über die in der Curschmannschen Klinik gemachten Erfahrungen. Bei Phthisikern trat ausnahmslos Nachlass der Blutung ein, bei 4 derselben stand die Blutung sofort nach der Injektion, ohne sich zu wiederholen; einer starb 8 Tage nach der Blutung, die aber nach mehreren Injektionen völlig aufgehört hatte; ein anderer starb am Abend nach der Injektion, die Autopsie zeigte die große Kaverne mit festen Blutgerinnseln erfüllt.

Weniger günstig waren die Resultate bei den Darmblutungen in 3 Fällen von Typhus abdominalis. Nur bei einem stand die Blutung, Pat. ging aber an Erschöpfung zu Grunde.

7mal wurde bei starker Blutung aus Magengeschwür injicirt. Ein Kranker starb trotz Aufhörens der Blutung im Collaps; bei 4 stand die Blutung sofort nach einmaliger Injektion, bei den beiden anderen, nachdem sie ein zweites Mal wiederholt worden war.

Bei abundanter Magenblutung im Verlaufe einer schweren Sepsis war die Injektion erfolglos.

Irgend welche Nachtheile sind nie beobachtet worden. Trotzdem die Wirkungsweise der Gelatine bei Blutungen noch nicht erklärt sei, müsse man doch auf Grund der gemachten Erfahrungen ihre Anwendung entschieden empfehlen. **Haeckel** (Stettin).

---

7) **G. Engelhardt.** Zur Lehre der postoperativen Seelenstörungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 46.)

Die Arbeit ist aus der Göttinger chirurgischen Klinik hervorgegangen und knüpft an 6 dort gemachte Beobachtungen an; eine 7. ist im Nachtrage mitgetheilt.

Fall I. Frau im Klimakterium, $1^1/_2$ Monate nach einer Nephrektomie melancholisch. II. Erblich belasteter hypochondrischer Mann mittlerer Jahre nach Wurmfortsatzoperation mit Delirium und Hallucinationen erkrankt. Später Paranoia. III. 67jährige Frau, am Unterschenkel amputirt. Schon vorher still und apathisch; nach der Operation Erregung mit Hallucinationen und Wahnideen, dann Rückfall in Apathie. Wahrscheinlich Dementia senilis. IV. Im Klimakterium stehende, schlecht genährte, durch Knietuberkulose heruntergekommene Frau. Nach der Resektion Erregungszustand mit Sinnestäuschungen, der nach 14 Tagen vorüber ist. Jodoformvergiftung nicht ausgeschlossen. V. 70jährige schwächliche Pat., an der eine Amputatio mammae gemacht wird. 9 Tage später, bei schon geheilter Wunde mehrmalige epileptiforme Anfälle, gefolgt von Geistesverwirrung. Apoplektischer Insult? oder Chloroformnachwirkung bei atheromatösen Gehirnarterien? VI. Maniakalischer Anfall nach Chloroformnarkose ohne Operation bei einer prädisponirten, vielleicht schon geistesgestörten Frau. VII. Alkoholiker, durch Pneumonie, langes Fieber und Pleuraempyem stark geschwächt. Nach der Operation Delirium und akute Demenz. In der Irrenanstalt gelangte der Fall zur Heilung.

In der Allgemeinbesprechung, zu welcher die beträchtliche einschlägige Litteratur sorgfältig herangezogen und verwerthet ist, wird u. A. hervorgehoben, dass erfahrungsgemäß Operationen an den Sinnesorganen, zumal an den Augen, wenn der Operirte im Dunkelzimmer verweilen muss, sodann aber solche an den weiblichen Genitalien von Geistesstörungen besonders häufig gefolgt zu werden scheinen. Meistens handelt es sich aber um neuropathisch belastete oder prädisponirte Individuen. Die Schlusssätze der Abhandlung lauten:

1) Die postoperativen Psychosen entwickeln sich am häufigsten bei prädisponirten Individuen (durch Heredität, chronische Intoxikationen, Kummer und Sorge).

2) Die Erschöpfung, welche durch die Operation selbst bezw. durch die den operativen Eingriff veranlassende Krankheit bedingt ist, kann kaum als ursächliches, höchstens als auslösendes Moment bei prädisponirten Fällen betrachtet werden.

3) Es giebt einige Fälle von postoperativen Psychosen, welche ätiologisch bisher einem Verständnisse noch nicht zugänglich sind.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).



8) C. Ritter. Die Behandlung der Erfrierungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 172.)

R. hat in den Bier'schen Kliniken zu Kiel und Greifswald Frostschäden, als Ulcera, Beulen, cyanotische Ödeme, mit Hyperämisirung behandelt, und zwar sowohl mit passiver Hyperämie durch Stauung, als mit aktiver Hyperämie durch Applikation heißer Luft. Die Wirkung war in keinem Falle eine ungünstige, meist eine entschieden heilsame. Die Heilsamkeit der Hyperämie kam zuerst zufällig zur Beobachtung, als einem Knaben, der gleichzeitig an Lupus und Frostgeschwüren der Finger litt, am Oberarme die Blutstauungsbinde applicirt war — nach etwa 10—14 Tagen waren die Frostgeschwüre verheilt. Der Fall war Veranlassung, die Hyperämiebehandlung weiter zu erproben.

R. reflektirt über die Gründe, wesshalb die Hyperämisirung Frostschäden günstig beeinflusse. Er meint, dass durch die Kältewirkung Nekrosen gesetzt würden, die zu ihrer Eliminirung und Zwecks Regeneration eines Reaktionsvorganges durch Hyperämie bedürften. Das cyanotische hyperämische Ödem an frostkranken Körpertheilen entspräche daher einem Heilungsdrange der Natur, und die künstliche Hyperämisirung folge also nur dem Beispiele dieser. Nur scheinbar widerspräche dieser Anschauung, wenn die Frostschäden auch mit Blutstasen bekämpfenden Maßnahmen erfolgreich behandelt würden, wie Hochlagerung und Suspension. Denn meist würden damit gleichzeitig kalte oder warme Umschläge oder auch Karbolwasserkompressen etc. applicirt, die ihrerseits hyperämisirend wirkten.

Die Behandlung mit den Heißluftkästen dauerte 6—20 Tage, und zwar täglich $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde. In letzter Zeit wurde der Erhitzung regelmäßig eine kalte Dusche nachgeschickt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

9) V. Remedi (Cagliari). Rapporta costante tra idrocele ed obliterazione incompleta del processo peritoneo-vaginale.

(Clinica chirurgica 1900. No. 7.)

R. schlägt vor, mit Rücksicht auf den häufigen Befund eines zarten leeren, manchmal verklebten Processus vaginalis am inneren Leistenringe bei Hydrocele vaginalis jedes Mal bei der Operation der Hydrocele die Schnittoperation auszuführen, den Schnitt bis über den äußeren Leistenring zu verlängern, den Fortsatz zu isoliren, abzubinden und die Bassini'sche Operation anzuschließen. Er führt 14 Fälle an, in welchen sowohl Anamnese als Untersuchung das Bestehen eines Leistenbruches ausschließen lassen mussten, und in denen sich doch ein walnussgroßer, leerer Bruchsack vorfand.

J. Sternberg (Wien).



10) **A. Boari** (Pescia). La uretero-ureterostomia.

(Clinica chirurgica 1899. No. 6 u. 7.)

B. stellt die Methoden der Wiedervereinigung quer durchtrennter Harnleiter aus der bisherigen Litteratur zusammen. Diese rührt, seit 1887, von 23 Autoren her und umfasst 28 Fälle. Die Methoden lassen sich in folgende Gruppen bringen: 1) Invagination des centralen Endes ins periphere, direkt; 2) Invagination eben so seitlich; 3) seitliche Anastomose; 4) cirkuläre Naht; 5) Naht cirkulär nach Schrägschnitt der Enden; 6) Naht über einem Harnleiterkatheter und 7) Einlegen eines Katheters ohne Naht. — Die beste Methode ist die erste; sie kann aber eine Stenose begünstigen, fordert ferner, dass das Organ nicht adhärent ist, und absorbirt endlich mindestens 2 cm seiner Länge. Die seitliche Anastomose (3) kann zwar beliebig weit angelegt werden, bietet aber durch die äußerst beschränkten Dickenverhältnisse des Organs weniger Sicherheit für exakten Verschluss und beansprucht ebenfalls ein großes Stück seiner Länge. Die seitliche Invagination (2) leidet an denselben Nachtheilen, bleibt aber stets weit. Es lässt sich aber — B. schlägt diese Modifikation vor — durch longitudinale Spaltung des unteren Harnleiterendes die zuerst angeführte Methode mit allen Vortheilen der beiden folgenden verbinden. D'Antona hat sich bei der Naht eines quer durchschnittenen Harnleiters — gelegentlich der Exstirpation einer Cyste aus dem Lig. latum — dieser Methode bedient, eben so Winslow, Beide mit bestem Erfolge.

J. Sternberg (Wien).

---

11) **Bazy.** Sur un procédé de néphropexie: Néphropexie en hamac.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 831.)

B. beschreibt das Verfahren der Nephropexie, welches er mit geringen Veränderungen seit 1885 angewendet hat. Es ist kurz folgendes: Simon'scher Lendenschnitt. Nach Auslösung der Niere aus der Fettkapsel legt er durch ihre hintere Fläche 3 Katgutnähte, eine in der Höhe des Äquators der Niere, eine zweite an ihrem unteren Pole, eine dritte zwischen beiden. Ein- und Austrittsstelle der Fäden liegen $2^1/_2$—3 cm von einander entfernt; die Nähte werden möglichst dicht unter der Nierenoberfläche, ihr parallel, durchgeführt, die Enden der beiden oberen Nähte durch den letzten Interkostalraum, die der letzten Naht durch die Muskulatur unmittelbar unter der 12. Rippe geführt. Durch Knoten der Fäden wird die Niere in die Höhe gezogen und bleibt zu ihrem größten Theile unter den falschen Rippen verborgen. Nun legt B. eine Naht unterhalb der 12. Rippe durch die Muskulatur, dann das tiefe Fettgewebe, rafft dieses dabei unter dem unteren Nierenpole zusammen, führt die Nadel wieder zur anderen Seite der Muskulatur heraus und knotet die Fadenenden. Auf diese Weise will er für die durch die ersten Nähte in die Höhe gezogene Niere eine Unterstützung, eine Art

»Hängematte« schaffen. — Schließlich folgt Naht der Muskel- und Hautwunde.

B. ist mit seinen Resultaten zufrieden und konnte eine Dauerheilung nach 6jährigem Verlaufe bei einer Dame konstatiren, die genöthigt gewesen war, ein Stockwerk herabzuspringen, und trotz der dabei stattgefundenen Erschütterung ohne Recidiv geblieben war.

Reichel (Chemnitz).

12) **Tuffier.** De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 795.)

In 3 Fällen von Puerperalfieber, 2 nach septischem Abort, einer nach Entbindung am normalen Ende der Schwangerschaft, machte T. die vaginale Totalexstirpation des Uterus; im 1. Falle erzielte er Heilung; die 2 später Operirten starben. Im Ganzen fand T. seit der ersten, 1886 von Schulze in Jena auf Grund dieser Indikation ausgeführten Operation in der Litteratur 35 Beobachtungen mit 20 Todesfällen, 13 Heilungen, 2 nicht verwerthbaren Fällen.

Obwohl T. zugiebt, dass wahrscheinlich viele Misserfolge nicht veröffentlicht, hingegen fast alle Heilungen mitgetheilt sein mögen, dass also das wahre Ergebnis der Operation sich erheblich ungünstiger stellen mag, glaubt er doch die Totalexstirpation des Uterus für gewisse Fälle von Puerperalfieber empfehlen zu müssen, nämlich dann, wenn die genaue Untersuchung außer dem Uterus keinen anderen Infektionsherd nachzuweisen vermag, und alle sonstigen Behandlungsmethoden: Ausräumung der Uterushöhle, Curettage, intra-uterine Desinfektion und antiseptische Spülungen, subkutane Kochsalzinjektionen, Serumbehandlung unwirksam geblieben sind. Ob der vaginale oder abdominale Weg vorzuziehen sei, können erst weitere Erfahrungen entscheiden.

Reichel (Chemnitz).

13) **C. Ghillini.** Die orthopädische Chirurgie. Antrittsrede.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. VIII. Hft. 2.)

Das orthopädische Universitäts-Institut in Bologna ist eine Stiftung Rizzoli's, der hierfür sein ganzes Vermögen zur Verfügung stellte. Der Name dieses Wohlthäters, der durch seinen Osteoklast weit über die Grenzen Italiens hinaus berühmt geworden ist, wird von G. in würdiger Weise gefeiert, indem er die Entwicklung der Orthopädie in Italien im Rahmen der allgemeinen Geschichte dieser Disciplin schildert.

J. Riedinger (Würzburg).

14) **P. Linser.** Über die Erfolge der partiellen Exstirpation des Kopfnickers bei muskulärem Schiefhalse.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 2.)

Gestützt auf 13, nach längerer Zeit nachuntersuchte Fälle erbringt L. den Nachweis, dass bei Caput obstipum musculare die partielle Excision des Muskels auch ohne weitere orthopädische Nachbehandlung vollkommen genügt, um eine dauernde und vollständige

Heilung zu erzielen. Wie sich außerdem noch aus den mitgetheilten Krankengeschichten ergab, ist es nicht nöthig, entsprechend der von v. Mikulicz aufgestellten Forderung mindestens die ganze untere Hälfte des Kopfnickers zu excidiren, sondern es braucht nur der unterste, erkrankte Theil bis an die Grenze des Normalen entfernt zu werden. Aus kosmetischen Rücksichten erwies sich die quere Incision der Haut vortheilhafter als ein Längsschnitt. **Honsell** (Tübingen).

---

15) **A. Hüssy.** Über die Wirkungen des orthopädischen Korsetts bei Skoliose.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. VIII. Hft. 2.)

Nach einer allgemeinen, historischen Erörterung der Korsettfrage kommt Verf. auf dasselbe klinische Material zu sprechen, das Schulthess zur Grundlage gedient hat für seinen auf der 71. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte zu München gehaltenen Vortrag. An der Hand zahlreicher Tabellen und einiger Abbildungen versucht er nachzuweisen, dass unter dem Einflusse orthopädischer Korsetts die Torsion der Skoliose, d. h. der Rippenbuckel, verstärkt wird. Da nach den Ausführungen des Verf. auch die seitliche Deviation zunimmt, wäre nur höchst selten eine Indikation für das Anlegen eines Korsetts gegeben.

Die Ergebnisse der Schulthess'schen Skoliosenmessung sind aus dem Mechanismus der Skoliose leicht zu erklären, wesshalb ihnen eine wissenschaftliche und praktische Bedeutung nicht abgesprochen werden kann. Aus dem Mechanismus der Skoliose können wir entnehmen, dass die Wirbelsäule bei jeder derartigen Erkrankung nach der Seite hin entweder durchgebogen oder geknickt ist. Die Belastung von oben her ist meist eine excentrische. Wird nun die skoliotische Wirbelsäule durch ein Korsett aufzurichten gesucht, so muss an den Angriffsstellen desselben am Thorax ein Druck ausgeübt werden, der von der Seite her wirkt. Die Folge ist ein »firstartiger Rippenbuckel«. Ob dieser Nachtheil der Verschärfung des Rippenbuckels in Verbindung mit den sonstigen Schädlichkeiten des Korsetts den Vortheil des Aufrichtens der Wirbelsäule überwiegt, das ist die Streitfrage. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

16) **A. H. Tubby.** Some points in the treatment of spinal abscesses.

(Brit. med. journ. 1900. December 22.)

Die vorliegende Mittheilung bezieht sich auf die Behandlung der tiefliegenden Senkungsabscesse bei Wirbelcaries, derjenigen, welche längere Zeit hindurch keine Neigung zeigen, an die Oberfläche zu kommen. T. wartet nicht ab, bis die Haut in Mitleidenschaft gezogen ist, um eine dauernde tuberkulöse Fistel zu vermeiden. Wenn möglich wartet er so lange, bis die Eröffnung an einer günstig gelegenen Stelle erfolgen kann. Als Beispiel führt T. einen Fall von Psoasabscess an, bei welchem die Eröffnung so lange hinausgeschoben

wurde, bis der Eiterherd sich bis zur Mitte des Oberschenkels gesenkt hatte und die Psoasgegend frei geworden war. Wenn es angeht, wird ein Punkt ausgewählt, welcher möglichst weit von den Genitalien entfernt liegt, um eine sekundäre septische Infektion zu verhüten. Die Incision erfolgt unter strengster Asepsis. T. legt verschiedene kleine Incisionen an, einerseits um den gesammten Inhalt besser zu entleeren und dann um die Wand besser reinigen zu können. Die Höhle wird zunächst mit sterilem Wasser ausgespült, die Wand mit einer Lösung von Jodoform oder besser Menthol eingerieben. Drainage wird nicht angewendet, da das lange Liegenlassen des Drains eine Infektion zur Folge haben könnte. Die Incisionswunden werden vernäht. Auf diese Weise hat T. häufiger eine Heilung p. p. erzielt. Sammelt sich abermals Flüssigkeit an, so wird das Verfahren wiederholt. Doch ist die Flüssigkeit dann öfters seröser Natur.

Weiss (Düsseldorf).

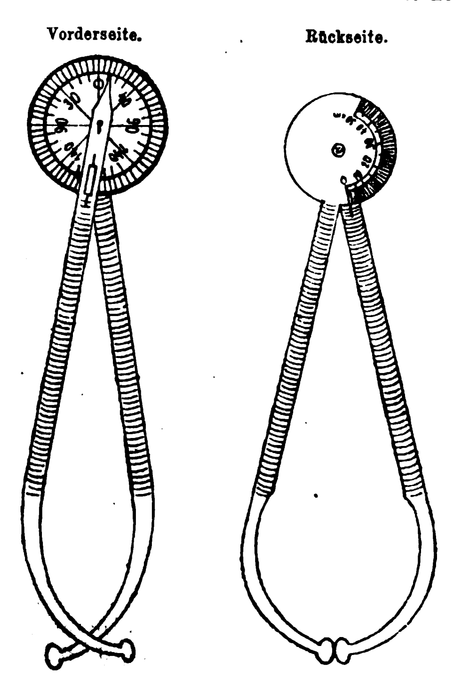
Kleinere Mittheilungen.

Goniodiameter,
ein Instrument zum Messen von Winkeln, Durchmessern und Entfernungen.

Von

Stabsarzt Dr. **Thöle** in Frankfurt a/O.

Zweck und Gebrauchsweise sind aus nebenstehender Zeichnung ohne Weiteres klar. An der Skala auf der Vorderseite der Scheibe liest man ab, in welchem Winkel die Schenkel zu einander stehen. So dient das Instrument zum direkten Messen namentlich von Bewegungsbeschränkungen und Stellungsanomalien in den Gelenken der Extremitäten. Der Zeigerschenkel hat einen viereckigen Ausschnitt, dessen Mittellinie markirt ist. Zeigt z. B. bei Coxitis die Zeigerspitze 150° Flexion an, so liest man gleichzeitig durch den Ausschnitt hindurch, ohne zu rechnen, dass das Bein um 30° gebeugt ist. In dieser Hinsicht dürfte das Instrument besonders für Kliniken und Kassenärzte bei der Begutachtung von Unfallverletzten von Werth sein, damit der Grad der Bewegungsbeschränkung genau festgestellt und nicht einfach geschätzt und verschätzt wird, damit die fortschreitende Besserung oder Verschlechterung genau zahlenmäßig notirt wird.



$^{2}/_{3}$ natürlicher Größe.

Zugleich dient das Instrument zum Messen von Durchmessern und Entfernungen und macht so einen

Tasterzirkel entbehrlich. Die Skala auf der Rückseite lässt die Distanz der knopfförmigen Enden der geschweiften Schenkel in Centimetern ablesen. Als Zeiger dient eine Marke, welche auf dem beweglichen Schenkel eingravirt ist.

Das Instrument wird von der Aktiengesellschaft für Feinmechanik, vormals Jetter & Scheerer in Tuttlingen, aus Nickelblech hergestellt und ist bei den Instrumentenhändlern zum Preise von 15 ℳ käuflich.

(Aus der k. k. chirurg. Klinik des Herrn Hofrathes Prof. Dr. C. Nicoladoni in Graz.)

Zur Anwendung der Gigli'schen Drahtsäge bei Knochenoperationen am Schädel.

Von

Dr. **Erwin Payr,**

Privatdocent für Chirurgie und Assistent obiger Klinik.

Sudeck[1] hat sich durch die Angabe seines Trepanationsfräsers ein großes Verdienst um die Technik der Gehirnchirurgie erworben und das Problem einer raschen und bequemen, dabei auch sicheren Schädelöffnung glücklich gelöst. Auch von anderer Seite werden die Vorzüge seines Instrumentes rühmend hervorgehoben (Heidenhain)[2]. Auch mir leistete die Sudeck'sche Fräse kürzlich bei der Operation eines Stirn-Hirnabscesses ausgezeichnete Dienste. Auch die elektrisch betriebene Cirkulärsäge steht an Bequemlichkeit hinter ihr zurück. Obwohl die Fräse mit der Hand und mit einer Tretmaschine betrieben werden kann, leistet sie an Eleganz und Schnelligkeit doch nur, wenn sie durch einen mit starker Stromquelle verbundenen Elektromotor betrieben wird, Hervorragendes. Kleinere Accumulatoren eignen sich schon weniger zu ihrem Betriebe. Dort, wo weder Straßenstrom, noch Accumulator und Elektromotor zur Verfügung stehen, und auch die Tretmaschine mit Bohrschlauch nicht vorhanden ist, wie es ja an vielen kleineren Heilanstalten und bei der Ausführung von nothwendigen Gehirnoperationen außerhalb von solchen der Fall sein wird, stellt zweifellos die Anwendung der Gigli'schen Drahtsäge, mit der man die Brücken zwischen mehreren in die Schädeldecke gebohrten Löchern durchtrennt, das beste Verfahren dar (Obalinsky)[3]. Als ein ausgezeichnetes Instrument, um sehr schnell beliebig große Löcher in die Schädelkapsel bei dieser Technik zu bohren, bewährt sich der Knochenbohrer von Stille (Stockholm). Es wird aber Manchem, der mit der Gigli'schen Drahtsäge größere osteoplastische Lappen ausgesägt hat, zum Bewusstsein gekommen sein, dass die Durchtrennung breiter Knochenbrücken nach dem bisher geübten Modus nach Art der Kettensäge ziemlich mühsam und anstrengend ist und bei länger dauernder Operation auch technisch schwieriger wird; man wechselt doch unwillkürlich die Schnittebene, indem beide Arme nicht ganz in gleichem Sinne arbeiten, und ist das nicht allzu selten vorkommende Reißen der Drahtsägen meist auf diese technischen Fehler zurückzuführen.

Um nun das Durchsägen von Knochenbrücken zwischen den Bohrlöchern bequemer zu machen, habe ich einen langen, schwach gebogenen Stahlstab mit einem recht bequemen Handgriffe (*H*) versehen lassen, der an seinem einen Ende ein feststehendes Häkchen (h^1) zur Aufnahme der einen Drahtsägenöse trägt, gegen den Handgriff mit einer durch Schraube feststellbaren Gleithülse versehen ist, die den Haken (h^2) für die 2. Öse trägt.

---

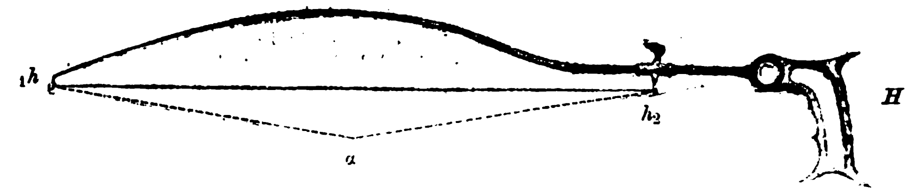
[1] Ein neues Instrument (Trepanationsfräser) zur Eröffnung der Schädelhöhle. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1900. II. Theil p. 353.

[2] Notiz über Sudeck's Trepanationsfräse. Centralblatt für Chirurgie 1900. p. 1065.

[3] Zur Technik der Schädeltrepanation. Centralblatt für Chirurgie 1897. p. 857.



Die Drahtsäge wird so straff gespannt, dass der Bogen sich leicht krümmt (s. die beistehende Figur).



Unter leichtem Andrücken nach oben sägt man mit diesem Führungsbogen der Gigli'schen Drahtsäge genau so bequem wie mit einer Bogensäge, braucht nur eine Hand zum Arbeiten, kommt mit der Säge aus der gewünschten Schnittebene nicht heraus und vermeidet dadurch das Reißen der Drahtsäge. Das Einhaken der von einem Bohrloche zum anderen durchgeführten Säge macht selbstverständlich keinerlei Schwierigkeiten[4].

Die Durchtrennung des Knochens geht eher schneller vor sich, als nach der gewöhnlichen Art des Sägens, und ist die schiefe Durchtrennung der Knochenbrücken besonders leicht vorzunehmen', so dass der ausgesägte Knochendeckel scharf in die Lücke einpasst.

Der Winkel (α), unter dem die beiden in Aktion stehenden Hälften der Drahtsäge zu einander stehen, ist bei dieser Art der Sägeführung ein möglichst großer und dadurch das Einklemmen und Steckenbleiben der Drahtsäge erschwert.

Dieser Führungsbogen hat sich bei praktischer Verwendung bereits bewährt.

Der hier beschriebene Bogen ist für Drahtsägen von 50 cm Länge berechnet.

Graz, im März 1901.

---

17) S. H. Long. Case of acute traumatic tetanus treated with antitetanus serum.

(Brit. med. journ. 1900. November 24.)

L. glaubt, dass die so häufigen Misserfolge der Serumbehandlung des Tetanus ihren Grund darin haben, dass das Antitoxin in zu geringen Quantitäten eingeführt wird. Zu dieser Ansicht ist er auch gedrängt durch die auf Grund der Laboratoriumsversuche aufgestellte Hypothese, dass die Nervenzellen eine größere Affinität zu dem Tetanustoxin wie zu dem Antitoxin besitzen, wodurch der Werth des letzteren naturgemäß herabgesetzt wird. Entsprechend diesen Anschauungen hat L. in einem Falle von Tetanus, der im Anschlusse an eine leichte Verletzung der rechten großen Zehe, durch im Innern des Stiefels vortretende Nägel verursacht, entstanden war — die Symptome waren 5 Tage später schon völlig ausgesprochen — sehr hohe Dosen des Serums angewendet. Zunächst wurden 13 subkutane Injektionen von je 10 ccm in 4stündlichen Pausen verabfolgt. Die ersten Injektionen verursachten einen allgemeinen Spasmus, wesshalb die folgenden unter Chloroform gegeben wurden. Dann wurden 6 Tage lang 4stündlich je 10 ccm in den Mastdarm injicirt, dann noch 3 Tage lang 8stündlich. Im Ganzen wurden 55 Injektionen in den Darm gemacht, so dass der Gesammtverbrauch an Serum 680 ccm betrug. Die höchste Anzahl der allgemeinen Krämpfe — nämlich 8 — war am 4. Tage nach Beginn der Serumbehandlung erreicht, um von da ab innerhalb 5 Tagen auf 0 zurückzugehen. Am 7. Tage trat eine 2—3 Tage andauernde Urticariaeruption auf, welche indess nicht von Fiebererscheinungen begleitet war, das einzige üble Symptom, welches auf die Anwendung des Serums bezogen werden konnte. Es trat schließlich, nachdem noch 2—3 Wochen lang eine leichte Rigidität der Bauchmuskulatur bestanden hatte, völlige Genesung ein.

Weiss (Düsseldorf).

---

[4] Diesen Führungsbogen hat der hiesige Instrumentenmacher Herr A. Brož angefertigt.

18) **Leonpacher.** Über Kochsalzinfusionen.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. VI. Hft. 3.)

L. berichtet summarisch, ohne Anführung einzelner Krankengeschichten, über Kochsalzinfusionen, in 100 Fällen in der Angerer'schen Klinik ausgeführt. Bei schwersten Blutungen waren sie ohne Erfolg; einen Hauptwerth derselben sieht L. in der excitirenden Wirkung der Infusionen auf die Herzthätigkeit. Bei septischen Erkrankungen wurden wenig günstige Erfahrungen gemacht, gute dagegen bei frischen Bauchverletzungen, da ansteigende Peritonitis nach täglich wiederholter Infusion zurückging. Bei Chok war die Infusion ohne Erfolg, bei schweren Verbrennungen nur von vorübergehendem Nutzen; eine Jodoformintoxikation heilte dabei. Von dem Versuche, kachektische Personen durch tägliche Infusionen zur Operation vorzubereiten, und am Magen und Darme Operirte durch Infusionen ernähren zu wollen, kam man wieder ab.

Angewandt wurden ausschließlich subkutane Infusionen, am besten in der Infraclaviculargrube mit Richtung nach der Achselhöhle hin. Zuerst nahm man 0,75%ige NaCl-Lösung, später die von Schuecking angegebene Kochsalzlösung mit Zusatz von Natrium saccharatum. **Haeckel** (Stettin).

19) **Collet.** Hémorrhagies viscérales et sérum gélatiné.

(Indépendance méd. 1901. No. 9.)

Bei einem Alkoholiker mit unstillbarem, zu äußerster Anämie führendem Blutbrechen trat nach subkutaner Einspritzung von 20 ccm einer 1%igen Gelatinelösung nur noch einmal eine weniger starke Hämatemesis auf, dann hörte das Blutbrechen vollkommen auf, und Pat. wurde geheilt. Eine ähnliche prompte Wirkung erzielte Verf. bei einem Phthisiker mit starker Hämoptoë.

Mohr (Bielefeld).

20) **Tronchet.** Du corps thyroïde dans les fractures non consolidées.

(Indépendance méd. 1901. No. 6.)

Bei einer Komminutivfraktur des Unterschenkels, bei welcher ca. 12 Wochen nach der Verletzung noch sehr deutliche Beweglichkeit der Bruchenden vorhanden war, ließ Verf. täglich 5—6 Thyreoïdinkapseln (à 0,10 cg) nehmen, worauf innerhalb von 2 Wochen feste Vereinigung eintrat. — Potherat behandelte 2 ähnliche Fälle mit gutem Erfolge (60 cg pro die). **Mohr** (Bielefeld).

21) **H. E. Little-Dale.** Clinical and pathological notes on a case of human actinomycosis.

(Brit. med. journ. 1901. Januar 5.)

Ein 23jähriger Mann kam wegen hochgradiger Schwellung des Halses in Behandlung. Einige Monate zuvor hatte sich eine kleine schmerzhafte Geschwulst unterhalb des linken Ohrläppchens gebildet. Dieselbe wurde incidirt; es entleerte sich jedoch nur Blut. Allmählich griff dann die Schwellung über den ganzen Nacken bis zur rechten Halbseite hinüber und reichte schließlich vorn bis zum Brustbeine. Am Nacken bildete sich ein großer Abscess. In dem durch Incision entleerten Eiter waren keine typische Pilzdrusen zu finden. Nur einmal fand sich ein Gebilde, welches als Endkeule gedeutet werden konnte. Gram'sche Färbung ergab gewundene Ketten kokkenähnlicher Gebilde. Auf aëroben Kulturen wuchs nichts von Actinomyces oder Streptothrix; anaërobe Kulturen wurden nicht angelegt.

Im weiteren Verlaufe bildeten sich Abscesse über dem Brustbeine und am medialen Rande des rechten Schulterblattes. Dann entwickelten sich die Zeichen der Lungentuberkulose hauptsächlich über der rechten Lunge, doch wurden bei Untersuchung des Sputum keine Tuberkelbacillen gefunden. Der Abscess am rechten Schulterblatte griff auf die rechte Lunge über. Bei Spülungen der Abscesshöhle wurde die Spülflüssigkeit expektorirt. Es traten noch mehrere Eiterherde am Rücken und Nacken auf. Der Kranke kam immer mehr herunter und ging schließlich 11 Monate nach Beginn des Leidens zu Grunde.

Aus dem Sektionsbefunde ist hervorzuheben, dass die beiden Lungenspitzen infiltrirt und dass die rechte 3. Rippe, der 2. Brustwirbel und die 2. linke Rippe nekrotisirt waren. In der Höhe der 3. Rippe hatte der Abscess die Oberfläche der rechten Lunge arrodirt.

In dem subkutanen Gewebe fanden sich Pilzmassen, welche sich, nach van Gieson gefärbt, als ein unregelmäßiges rundes oder ovales, roth gefärbtes, dichtes Gebilde präsentirten mit einem blass rosa gefärbten äußeren Ringe und einem roth gefärbten, aber bedeutend weniger dichten Kerne. Bei Gram'scher Färbung ergiebt sich dasselbe Bild. Das Gebilde besteht aus dicht verwebten einzelnen Pilzfäden, welche eine deutliche Membran besitzen, in deren Innerem sich das Protoplasma befindet. In den Enden der Fäden findet sich kein Protoplasma, und dadurch kommt die blassrothe Färbung der äußersten Schicht des Pilzkonvoluts zu Stande. Das Protoplasma ist nicht gleichmäßig vertheilt; so dass Bilder zu Stande kommen, welche an Diphtheriebacillen erinnern; stellenweise sind auch streptokokkenähnliche Gebilde zu konstatiren. Hier und da zeigt sich eine deutliche Gabelung der Pilzfäden.

Die Lungen boten mikroskopisch den Befund der Tuberkulose. Neben Tuberkelbacillen fanden sich auch noch die beschriebenen Pilzkörper.

L. hält den vorliegenden Process für eine Infektion durch eine Strepthothrixart, und zwar eine anaërobe Form, und glaubt, dass in der Pathologie der Aktinomykose verschiedene Pilzarten eine Rolle spielen. Die Ansicht, dass die keulenähnlichen Endigungen des Actinomyces auf Degenerationsvorgänge zurückzuführen sind, hält er nicht für richtig. **Weiss** (Düsseldorf).

22) **Seiffer** (Berlin). Über Skoliose bei Ischias.

(Charité-Annalen. Jahrgang XXV. Berlin, **A. Hirschwald,** 1900. p. 4.)

Nachdem zuerst der gekreuzten Skoliose bei Ischias ihre pathognomonische Bedeutung genommen worden war, häufen sich in neuerer Zeit auch die Mittheilungen über willkürlich (Remak) und unwillkürlich (Higier) alternirende Formen der Skoliose. Auch von S. wird ein Fall mitgetheilt, in welchem ein an traumatischer Ischias erkrankter jugendlicher Arbeiter seine gewöhnlich innegehaltene homologe Skoliose häufig willkürlich in die gekreuzte, laterologe Skoliose umwandelte. Dies bewerkstelligte er in einer ganz eigenthümlichen Weise, indem er beide Hände auf die Kniee stützte und dann den Rumpf und die Körperlast auf die entgegengesetzte Seite herüberwälzte, so dass nunmehr das gesunde Bein die Stütze für den Rumpf bildete, während er sich meist auf die kranke Seite zu stützen pflegte. Als Grund für diesen Wechsel gab der Kranke an, dass ihm die gewöhnlich innegehaltene Haltung zwar bequemer sei, dass er aber bei längerem Einhalten derselben ermüde und Schmerzen bekomme. Um besser gehen und stehen zu können, wechsele er desswegen ab.

Der zweite Fall einer gleichfalls traumatischen Ischias an derselben, linken Seite zeigt uns in Abbildungen eine rein heterologe Form der Skoliose. Für die Theorie der Ischiasskoliose freilich können vorläufig wenigstens derartige Mittheilungen keine Aufklärung bringen.

Hinzugefügt sei noch, dass im Berichtsjahre in der Jolly'schen Klinik unter 15 Fällen von Ischias überhaupt nur 3 Skoliose zeigten.

Lühe (Königsberg i./Pr.).

23) **Elliot.** Successful removal of acutely inflamed tubercular mesenteric glands.

(Transactions of the American surgical association Vol. 18.)

24) **M. H. Richardson.** A case of acute tuberculosis of the mesenteric glands of the ileococcal coil; removal; permanent recovery.

(Ibid.)

Die beiden Fälle sind einander so ähnlich, dass sie zusammen referirt werden mögen; die Zusammengehörigkeit wird noch dadurch eine größere, dass beide unter der irrthümlichen Diagnose »akute Appendicitis« operirt wurden.

E.'s Pat. war ein 8jähriger Knabe, von Vaters Seite tuberkulös belastet. Im Jahre 1898 Anfall von Schmerzen im Leibe, ohne Fieber, Übelkeit oder Erbrechen, als gewöhnlicher Magenschmerz gedeutet. Am 15. Januar 1899 wacht Pat., der sich erst kürzlich von einer Grippe erholt hat, mit Leibschmerzen auf. Diese nahmen am nächsten Tage zu unter Temperatursteigerung auf 101° F. Beträchtliche Druckempfindlichkeit in der rechten Bruchhälfte, mehr nach der Gallenblase zu; keine Übelkeit, kein Erbrechen. Temperatur am 7. Januar 104° F., Befinden schlechter.

E. findet den Knaben elend aussehend, den Leib mäßig aufgetrieben, keine Spannung der Bauchmuskeln. Die Druckschmerzhaftigkeit wird etwas hoch für Appendicitis, eine tiefe Resistenz aber doch auf den Wurmfortsatz bezogen. Bei der Incision wird dieser normal gefunden; die druckempfindliche Masse ist eine Gruppe vergrößerter Gekrösdrüsen des Ileums, 2—3 Zoll vom Blinddarme entfernt. Exstirpation der Drüsen, von denen eine größere im Centrum verkäst ist. Die ziemlich beträchtliche Blutung wird durch Tamponade gestillt, um die Unterbindung eines größeren Astes der A. mesenterica zu vermeiden. Tampon nach 24 Stunden entfernt und die provisorisch gelegte Naht geschnürt. Heilung p. pr. Pat. ist 16 Monate post oper. vollkommen gesund und hat 16 Pfund zugenommen.

Die mikroskopische Untersuchung stellte Tuberkulose der Drüsen fest.

R.'s Fall betraf einen kräftigen 5jährigen Jungen. Auch bei ihm war seiner jetzigen Krankheit einen Monat zuvor eine heftige Grippe vorausgegangen.

17. Juni 1895 Fieber, Koliken, Verstopfung, Puls 140, Athmung 40. Die Schmerzen nehmen am folgenden Tage zu, Fieber steigt auf 103,2° F. Am 19. Juni Schmerzen im Unterleibe und dem rechten Oberschenkel, Abendtemperatur 104,2° F. Puls 140. Bei tiefer Palpation ist $1^1/_2$ Zoll rechts vom Nabel eine kleine, unebene, knotige, leicht druckempfindliche Geschwulst von etwa 1 Zoll Durchmesser zu fühlen, die auch nach Entleerung des Darmes durch reichlichen Einlauf bestehen bleibt.

Diagnose: akute Appendicitis. Sofortige Operation. Blinddarm und Wurmfortsatz gesund, aber im Mesenterium des Ileocoecum zahlreiche Drüsen von Walnuss- bis Erbsengröße, die möglichst stumpf exstirpirt werden. Glatte Heilung, Temperatur vom 3. Tage an normal. Die zum Theil verkästen Drüsen erwiesen sich auch mikroskopisch als tuberkulös.

Trotzdem vollkommene und dauernde Heilung, ohne dass im Laufe der nächsten 5 Jahre irgend ein Symptom von Tuberkulose aufgetreten wäre. Pat. jetzt gesund und kräftig.

Beide Verff. weisen auf die Seltenheit dieser Affektion hin, auf die Schwierigkeit der Diagnose, insbesondere der Unterscheidung von akuter Appendicitis. Die Prognose scheint nach ihrer Erfahrung bei frühzeitiger Operation günstig zu sein, jedenfalls soll letztere versucht werden, wenn sie technisch nur irgend ausführbar erscheint. **v. Hippel** (Dresden).

25) **G. Marwedel.** Ein Fall von persistirendem Urmund.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 2.)

Bei dem vom Verf. mitgetheilten Falle wurde bei einem Neugeborenen in der Kreuzbeingegend ein mit Schleimhaut ausgekleideter, theilweise vorgefallener Cylindersack gefunden, der sich ca. 6 cm ventralwärts erstreckte. Bei der Operation zeigte sich, dass das Gebilde, ein echtes Darmstück, bis dicht an den Mastdarm heranreichte und durch eine Lücke zwischen Kreuz- und Steißbein, am Duralsacke des Rückenmarkes vorbei, zur Körperoberfläche verlief. Nach den Beziehungen zum Darme einerseits, zum Wirbelkanale andererseits musste die Missbildung als eine Persistenz des Urmundes und des entodermalen Theiles des Canalis neurentericus, der sich in Form eines völlig ausgebildeten Darmrohres erhalten hat, gedeutet werden. Der Fall dürfte schon als Unicum Interesse verdienen, zugleich zeigt er aber auch, dass der meist rasch dem Untergange verfallende Canalis neurentericus wenigstens theilweise sich bis in die extra-uterine

Periode erhalten kann, und er giebt damit der monogerminalen Theorie für die Genese der angeborenen Geschwülste der Sacrococcygealgegend eine neue wichtige Stütze. **Honsell** (Tübingen).

26) **P. Linser.** Über Sacraltumoren und eine seltene fötale Inklusion.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 2.)

Verf. berichtet über 5 Fälle von Sacralgeschwülsten, die nach histologischer Untersuchung sämmtlich den teratoiden Mischgeschwülsten zuzurechnen waren. In der ersten der mitgetheilten Beobachtungen lag eine einfache, mit endothelartigem Epithel ausgekleidete Cyste vor, in den beiden letzten Fällen multiple, mit geschichtetem Epithel versehene Kystome, sämmtlich wohl als Abkömmlinge allein des Postanaldarmes zu deuten. Im Falle 2 war neben cystischen, epithelialen Gebilden auch noch ausgesprochenes Gliagewebe, also Reste beider Komponenten des Canalis neurentericus, nachweisbar. Als ausgesprochen bigerminalen Ursprungs war endlich die Geschwulstbildung in Fall 3 anzusehen. Letztere verdient noch besonderes Interesse dadurch, dass in ihr Thyreoidea, Nervenfasern und Ganglienzellen, ein embryonales Rückenmark und ein Magen zu erkennen waren; mit großer Wahrscheinlichkeit konnte sogar Nierengewebe, ein Ösophagus, eine Trachea mit Lungengewebe diagnosticirt werden.

In klinischer Beziehung sei hervorgehoben, dass 3 der Fälle dem kindlichen Alter angehörten, im 4. (13jähriges Mädchen) war die Geschwulst erst in den letzten $1^1/_2$ Jahren aus unmerklichen Anfängen heraus zu Gänseeigröße herangewachsen; der 5. betraf einen 46jährigen Mann und hatte ebenfalls in letzter Zeit starke Wachsthumstendenz gezeigt. 4 der Geschwülste waren mit dauerndem Erfolge exstirpirt worden; ein schon vorher schwächliches Kind erlag bald nach der Operation der zunehmenden Entkräftung. **Honsell** (Tübingen).

27) **G. A. Wright and D. S. Wylie.** Abdominal tumour (Included foetus).

(Brit. med. journ. 1900. November 17.)

Es handelt sich um ein weibliches Kind, welches im Alter von 2 Monaten in Behandlung kam. Die Geburt war langdauernd und schwer gewesen. Schon unmittelbar nach derselben wurde bei dem Kinde eine beträchtliche Ausdehnung des Leibes verzeichnet, welche im Verlaufe der nächsten Monate noch beträchtlich zunahm. Am Ende des 2. Monats fand sich bei dem sonst gut genährten Kinde eine große Geschwulst in der linken Seite der Bauchhöhle, über die Mittellinie hinüberreichend. Vorn war sie gegen den rechten und linken Rippenrand deutlich abgegrenzt, hinten dehnte sie sich bis unter die Rippen und bis zur Lumbalgegend hin aus. Perkussionsschall gedämpft. Nach vorn zu schien die Geschwulst mehr cystischer Natur, nach hinten mehr fest zu sein.

Eine Punktion ergab ca. $^1/_2$ Liter einer klaren, gelben Flüssigkeit, deren Eiweißgehalt $5^0/_{00}$ betrug. Die danach viel kleiner gewordene Geschwulst nahm bald wieder an Umfang zu. Sie wurde desshalb von einem linksseitigen Lendenschnitte aus zu entfernen gesucht. Nach ihrer Freilegung entleerte zuerst eine Punktion $^1/_2$ Liter Flüssigkeit. Der Geschwulstrest war überall breit verwachsen, namentlich mit dem Colon transversum und descendens. Während der Operation kollabirte das Kind, und einige Stunden später trat der Tod ein. Die Sektion ergab, dass die Geschwulst ihren Sitz in der Bursa omentalis gehabt hatte, und dass es sich um einen Fötus in foetu handelte. Es fand sich eine solide Partie, welche auf einer Fläche von Haut bekleidet war und im Inneren aus Fettgewebe bestand, in welches viele Knorpelinseln eingesprengt waren. Hier und da waren Ossifikationszonen zu bemerken. Verschiedene Vorsprünge waren als rudimentäre Finger und Zehen zu deuten. Eine cystische Partie enthielt mehrere Darmschlingen, ferner eine geschlossene, mit den Schlingen nicht zusammenhängende dickwandige Cyste, deren innere Bekleidung große Ähnlichkeit mit Magenschleimhaut hatte. Ferner fanden sich noch zahn- und kieferähnliche Gebilde.

Weiss (Düsseldorf).



28) **W. Reich.** Ein Beitrag zum plastischen Ersatz der Penishaut vom Scrotum.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 333.)

R. operirte einen 28jährigen Sergeanten im Garnisonlazarett zu Tilsit. Durch schanköse Gangrän war die ganze Penishaut bis zum Mons veneris und zu der Hodensackwurzel zerstört. R. unterminirte die vordere Skrotalhaut und steckte (»luxirte«) den Penisschaft unter dieselbe, unten wurde die Fistel durch ein quergeschnittenes Fenster herausgeleitet und die skrotale Hautdecke in der Eichelfurche angenäht. 19 Tage später, als die Skrotalhaut auf dem Penisrücken bereits fest saß, zu beiden Seiten des Penis vertikale Längsschnitte, wonach die hierdurch gewonnene Haut zur Deckung der unteren Penisfläche benutzt wird. Gutes Heilungsresultat, mit normaler Erektilität. R. meint, dass bei auch vorhandenem Defekt der Skrotalhaut man in analoger Weise die Haut des Mons veneris plastisch verwerthen könnte. **Meinhardt Schmidt** (Cuxhaven).

29) **C. A. Wood.** The results of castration and vasectomy in hypertrophy of the prostate glande.

(Annals of surgery 1900. September.)

Verf. stellt das Resultat von 159 Fällen von Kastration bei Prostatahypertrophie zusammen. In 51% der Fälle wird eine Verkleinerung der Prostata angegeben. Rechnet man weiterhin die Fälle hinzu, in denen Besserung des Allgemeinzustandes, Nachlassen der Cystitis, normales Harnlassen und andere Anzeichen, die auf eine Verkleinerung der Prostata hinweisen, angegeben werden, so steigt der Procentsatz der Nutzen bringenden Operationen auf über 90. Nur bei ca. 5% der Fälle war von einer Besserung nicht die Rede. Die Mortalität der Operation beträgt etwas über 8%. Selbst bei sehr ungünstigen Fällen wurde häufig eine Besserung bemerkt. In 6 Fällen befinden sich Bemerkungen über Störungen des Centralnervensystems. Andererseits ist bei einigen Fällen ausdrücklich auf die nach der Operation stattgehabte Hebung der geistigen und physischen Kräfte der Pat. hingewiesen.

Die Reihe der Vasektomien umfasst 193 Fälle. In 9% der Fälle findet sich die Bemerkung, dass die Prostata sich verkleinert hat. Besserung der Blasenfunktion in 15%, Cystitis gebessert oder geheilt in 6%, Residualharn verringert oder ganz geschwunden in 5%, bei 67% der Fälle wird von allgemeiner Besserung gesprochen. 15% sind ohne jeden Erfolg operirt worden. Die Mortalität beträgt 7%. Geistige Störungen kommen auch hier ein paar mal zur Beobachtung. Demnach sind die Resultate beider Operationen annähernd die gleichen. Kurze Daten über die einzelnen Fälle, die W. zusammengestellt hat, sind der Arbeit angefügt. **O. Müller** (Hirschberg i/Schl.).

30) **E. Fuller.** Antero-posterior subdivision of the bladder; an important anomaly.

(Journ. of cutan. and genito-urin. diseases Vol. XVIII. No. 12.)

F. hat 2 Fälle fast vollständiger transversaler Blasentheilung zu beobachten Gelegenheit gehabt, von denen der eine zur Autopsie kam. Eine derartige Anomalie ist zwar in Orth's Lehrbuche der speciellen pathologischen Anatomie beschrieben, aber noch niemals zur klinischen Beobachtung und operativen Behandlung gelangt. Die Einschnürung der Blase, wodurch dieselbe gleichsam eine sanduhrförmige Gestalt erhalten hat, lag in beiden Fällen vor den Harnleitermündungen, so dass der Urin zuerst in die hintere Blasenkammer gelangte. Diese hintere Kammer war größer und ausdehnbarer als die vordere, fast von normaler Beschaffenheit, während die Wände der vorderen kleineren Kammer, deren Kapacität nur 45 cm betrug, rigide waren. Die Verbindung zwischen beiden Kammern war ungefähr fingerspitzengroß. In dem einen der beiden beobachteten Fälle war der Innenraum der vorderen Kammer von zahlreichen, unregelmäßig verlaufenden, feinen Trabekeln durchzogen, welche den Herztrabekeln glichen.



In beiden Fällen waren ursprünglich geringe Harnbeschwerden vorhanden, welche im Laufe von 20 Jahren allmählich — der eine Pat. war 55, der andere 44 Jahre alt — sich bis zur Harnverhaltung steigerten. Bei dem hohen Blasenschnitte überraschte die außerordentliche Dicke und Entwicklung der Recti. Die Wände der hinteren Kammer waren stark hypertrophisch. Die Durchtrennung des einschnürenden Blasenringes führte in einem der beiden Fälle zur völligen Behebung der Beschwerden; der andere Pat., welcher bereits mit urämischen Erscheinungen zur Hospitalaufnahme gelangte, ging zu Grunde. Die Harnröhrenstrikturen, welche in beiden Fällen vorhanden waren, haben die durch die angeborene Anomalie bedingte Harnverhaltung vergrößert. Die Prostata hat sich, wie die Untersuchung des tödlich verlaufenen Falles ergab, an der Bildung der vorderen Blasenkammer nicht betheiligt; die Wandung derselben bestand nur aus hypertrophischer Blasenmuskulatur. **Chotzen** (Breslau).

31) **T. R. Brown.** Cystitis due to the typhoid bacillus introduced by catheter in a patient not having typhoid fever.

(New York med. record 1900. März 10.)

Der Typhusbacillus als Eitererreger kann, trotzdem er längere Zeit latent bleiben mag, in der That nicht, wie Verf. richtig bemerkt, nach 35 Jahren Intervall nach der überstandenen Infektion für eine Cystitis verantwortlich gemacht werden. Es ist vielmehr wahrscheinlich, dass durch den Katheterismus zufällig ein Katarrh auf dieser Basis importirt wurde. Am 9. Tage nach einer Myomotomie stellte sich unter Fieber und Tenesmus ein Blasenkatarrh bei der Pat. ein, welcher den sicheren Nachweis des Bacillus Ebert zuließ. **Loewenhardt** (Breslau).

32) **J. W. Cousins.** Injuries of the bladder in the course of gynaecological operations.

(Brit. med. journ. 1900. Mai 19.)

Verf. theilt einen Fall von theilweiser Gangrän der Blase nach Exstirpation einer im Becken fest verwachsenen Ovarialcyste mit. Am 8. Tage nach der Operation trat eine schwere Cystitis auf, und 3 Tage später fing der Urin an aus dem unteren Winkel der Laparotomiewunde zu entweichen. Am 19. Tage nach der Operation wurde aus der Harnröhre ein nekrotischer Gewebsfetzen von 12 Zoll Länge und $1^1/_4$ Zoll Breite entleert. Danach ging der Urin wieder durch die Harnröhre ab, und in einigen Tagen war auch die Kontinenz wieder hergestellt.

Verf. glaubt, dass eine der vielen nothwendig gewordenen Ligaturen ein Stück der Blase mitgefasst hatte, welches dann der Nekrose anheimfiel.

Bezüglich der gelegentlich vorkommenden sofort wahrzunehmenden Verletzungen der Blase empfiehlt C. die sofortige Blasennaht in 2 Etagen. Die eine Nahtreihe soll durch Mucosa und Submucosa gehen, die zweite die Muscularis und Serosa umfassen. **Weiss** (Düsseldorf).

33) **J. Fontan** (Toulon). Plaie pénétrante de la vessie par coup de couteau à travers l'échancrure sciatique; section de l'artère fessière; ligature; laparotomie; guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 844.)

Der durch einen Messerstich 3 Querfinger breit nach oben und hinten vom linken großen Trochanter schwer verletzte Pat. wurde in einem Zustande hochgradiger Anämie und des Choks ins Hospital gebracht. Aus der Wunde floss Blut von Zeit zu Zeit, eine Sonde drang 10 cm tief ein. Der Leib war aufgetrieben, sehr schmerzhaft, gespannt. Ein in die Blase geführter Katheter entleerte 150 g reines Blut. — Ungewiss, ob eine intra- oder extraperitoneale Blasenwunde vorlag, ob sie durch Verletzung eines anderen Eingeweides komplicirt war, entschloss sich F. zur sofortigen Laparotomie in der Medianlinie. Die Bauchhöhle war frei von Blut, der Darm nicht verletzt. Nach Wiedervernähung des Bauchfelles durch überwendliche Katgutnaht suchte F. die Blasenwunde extraperitoneal auf, fand sie

aber nicht. Eine von der äußeren Wunde eingeführte Sonde drang durch die Incisura ischiadica vor neben dem Mastdarme bis zur hinteren Blasenwand; in die Blase mittels Katheters eingespritzte Borsäure floss in die Beckenhöhle, ohne die Blase auszudehnen. F. stand von weiteren Versuchen, die Wunde der Blase dem Auge bloßzulegen, ab und begnügte sich, seitwärts der Blase tief einen Jodoformgazestreifen einzuführen und zum unteren Winkel der Bauchwand herauszuleiten. Schluss des übrigen Theiles der Bauchwunde. Darauf erweiterte er die Stichwunde am Gesäß, fand den N. glut. sup., aber zunächst nicht die verletzte Art. glut. sup. Eine zwischen dem M. pyriformis und Glutaeus medius vorquellende Blutung deutete darauf hin, dass die Arterie durchschnitten war und sich ins Becken zurückgezogen hatte. Schließlich glückte es durch Zug an einem erhaltenen Zweige der Arterie, den durchschnittenen Stamm herauszuziehen und zu unterbinden. — Pat. genas. **Reichel** (Chemnitz).

34) **F. B. Harrington.** Hernia of the bladder through the pelvic floor from the traction of a subperitoneal fibroma.

(Transaction of the American surgical association Vol. 18.)
Philadelphia, **William J. Dornan,** 1900.

Die Krankengeschichte dieses interessanten Falles, der mit 2 guten Photogrammen und 3 schematischen, die anatomischen Verhältnisse erläuternden Abbildungen illustrirt ist, ist die folgende:

Die 46jährige ledige Frau wurde 1893 wegen eines Fibroides der linken Schamlippe operirt, das die Größe eines Kindskopfes hatte. Der Stiel der Geschwulst erstreckte sich durch einen Schlitz im Levator ani dicht am Ramus ascendens ossis pubis ins Becken hinein. Ein Jahr später war die Geschwulst recidivirt.

Januar 1899 nach heftigen Leibschmerzen mit Frost und Fieber Retentio urinae. Von der linken Hinterbacke hängt eine große Geschwulst herunter, die nach vorn an eine kleinere, von der linken großen Schamlippe entspringende anstößt. Ein steifer Katheter lässt sich nicht einführen, ein Nélaton muss 8 Zoll tief eingeführt werden, ehe Urin fließt. Drückt man auf die hintere Geschwulst, so entleert sich der Urin schneller; nach der Entleerung misst sie $2^1/_2$ Zoll im Umfange weniger. Per vaginam fühlt man eine Masse, die zwischen der Scheide und dem linken Schambeinaste aus dem Becken ausgetreten ist und sich nicht reponiren lässt.

Operation: Nach Eröffnung der Bauchhöhle findet sich nur ein kleiner Theil der Blase im Becken, der übrige ist durch die Fasern des Levator ani nach außen getreten. Uterus retrovertirt in Folge von Zug am Lig. vesico-uterinum, sonst unverändert. Die Hand kann durch die Lücke im Beckenboden die Blase umfassen, aber nicht zurückbringen, da sie durch die Geschwulst außen fixirt erhalten wird. Das Bauchfell ist durch den Schlitz mit nach außen gezogen.

Temporärer Schluss der Bauchwunde, Schnitt vom Tuber ischii bis zum oberen Theil des Labium majus. Beide Geschwülste entspringen von einer gemeinsamen Basis. Die Isolirung der Blase und der Geschwulst von einander ist sehr schwierig und gelingt erst, nachdem die Blase mit Luft gefüllt ist. Dieselbe wird nach der Isolirung ins Becken reponirt. Bei derselben wurde unbeabsichtigt die Peritonealhöhle von unten her eröffnet. Die Geschwulst wird exstirpirt. Die Blase zeigt große Neigung, durch die Lücke im Beckenboden wieder vorzufallen. Daher wird nach Exstirpation der Ligg. rotunda, Tuben und Ovarien der Uterus wund gemacht und über der Bruchpforte festgenäht. Dichter Verschluss der Bauchwunde.

Glatte Heilung. Bereits am Tage nach der Operation spontane Miktion. 6 Monate später ist Pat. völlig gesund und geht ihrem Berufe als Köchin nach. Der Uterus liegt noch wie bei Schluss der Operation und verursacht keinerlei Beschwerden.

Die Geschwulst war ein ödematöses diffuses Fibrom.

R. v. Hippel (Dresden).



35) **McPherson.** A case in which movable kidney produced the usual symptoms of hepatic colic.

(Brit. med. journ. 1901. Januar 5.)

Es handelt sich um eine 39jährige Frau, welche seit 10 Jahren an Beschwerden im Leibe litt. Hauptsächlich klagte sie über anfallsweise auftretende heftige Schmerzen in der Gallenblasengegend, verbunden mit Aufstoßen und Erbrechen; schließlich trat noch Ikterus hinzu. Das Epigastrium war bei Druck intensiv schmerzhaft, irgend ein Tumor war indessen nicht zu fühlen. Die rechte Niere war frei beweglich. Nach ausgeführter Nephrorrhaphie schwanden sämmtliche Erscheinungen. **Weiss** (Düsseldorf).

36) **Payr** (Graz). Beiträge zur Frage der traumatischen Nierenbeweglichkeit.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 50 u. 51.)

Wenn auch für viele Fälle von Wanderniere eine allgemeinn Gewebs- und Organdisposition zum Theil kongenitaler Art (mangelhafte oder fehlerhafte Entwicklung der paravertebralen Nischen, des Lagers der Nieren, schwache Entwicklung der Muskeln etc.) zur Erklärung der Ätiologie der Wanderniere herangezogen werden muss, so giebt es doch auch eine Anzahl von Fällen, in denen unabhängig von jener Disposition ein Trauma Nierenbeweglichkeit erzeugt. Allerdings fehlten in diesen bisher Befunde über den Zustand der Nieren vor dem Geschehen des Traumas. Diese Lücke füllen einige Beobachtungen aus der Grazer Klinik aus, in denen eine forcirte, durch anderweitige Erkrankung bedingte Massage der langen Rückenmuskeln, besonders aber der Lenden- und Bauchmuskulatur, zur Entstehung einer Wanderniere geführt, bezw. eine etwas bewegliche Niere zur Wanderniere gemacht hatte, während vor der Einwirkung des als ursächlich beschuldigten Traumas eine solche bei genauester Untersuchung nicht nachgewiesen worden war. P. nimmt an, dass die übertrieben ausgeführte Massage gleich einem Trauma der Lendengegend Adduktionsbewegungen der unteren freien Rippen und dadurch eine Formveränderung der paravertebralen Nischen hervorgerufen, so wie eine Lockerung der Fixationsapparate der Niere, wahrscheinlich auch durch perirenale Blutungen, veranlasst habe. **Kramer** (Glogau).

37) **J. A. H. White.** A case of renal colic attended by the passage of casts of the ureter (Ureteritis membranacea).

(Brit. med. journ. 1901. Januar 5.)

Eine 60jährige Frau litt seit 20 Jahren an Schmerzen in der rechten Lendengegend, welche allmählich an Intensität zunahmen. Seit 3 Jahren haben sich ausgesprochene Kolikanfälle eingestellt. Die Schmerzen beginnen in der rechten Lendengegend und strahlen nach vorn und der rechten Bauchseite hin aus. Während eines solchen Anfalles trat häufig Erbrechen auf, und schließlich blieb ein hochgradiger Erschöpfungszustand zurück.

Bei der ersten Untersuchung war die rechte Niere nicht zu tasten; im neutralen Urin fand sich eine Spur Eiweiß und einige wenige Leukocyten, kein Eiter. Nach einem ausgesprochenen Kolikanfalle reagirte der Urin sauer, enthielt deutlich Eiweiß und einige rothe Blutkörperchen, daneben eine Reihe halb durchsichtiger schleimiger Streifen von ungefähr 1 Zoll Länge. Unter dem Mikroskope präsentirten sich letztere als hohle, langgestreckte cylindrische Gebilde, bestehend aus hellem Schleim, welcher durch einige Fibrinfäden zusammengehalten war. Neben diesen finden sich einige Körnchen und die Überreste einiger Epithelzellen. Wegen der Dünne der Fäden war kaum anzunehmen, dass sie ein irgendwie ernstes mechanisches Hindernis innerhalb des Harnleiters abgegeben hätten.

Die Therapie bestand in Darreichung von Jodkali, welches in so weit Erfolg hatte, als die Zahl der Anfälle, die vorher fast täglich auftraten, sehr herabgesetzt wurde, so dass die Kranke manchmal einen vollen Monat von einem solchen Anfalle verschont blieb. Darreichung von Säuren hatte keinen Erfolg im Gegensatze zu einem von v. Jaksch berichteten Falle.

Bezüglich der Ätiologie glaubt W., dass es sich möglicherweise um einen im Nierenbecken eingekeilten Stein handle, der dann zur Reizung der Harnleiterwand und zu Kontraktion derselben führe. Führt die innere Therapie nicht zum Ziele, dann hält er die probatorische Nephrotomie für indicirt. Als ultimum refugium bleibt die Nephrektomie übrig. Israel war einmal genöthigt, diese Operation wegen des in Rede stehenden Leidens auszuführen. **Weiss** (Düsseldorf).

38) **J. Skála.** Pyonephrosis.

(Časopis lékařů českých 1901. p. 80.)

Es handelte sich um einen 44jährigen Schuster, der vor 9—10 Jahren an akuten Anfällen von Gastroenteritis gelitten hatte, welche stets von Nierenkoliken gefolgt waren; einmal gingen nach einer solchen Konkremente ab. Seit 8 Jahren Brennen am Ende der Miktion; seit 1 Jahr Stechen in der rechten Lendengegend und Harndrang; seit 1 Monat septisches Fieber und bedeutender Kräfteverlust. Man konstatirt eine Geschwulst, die der rechten Niere angehören muss, von elastischer, im unteren Antheile von harter Konsistenz. Die Punktion ergiebt ammoniakalisch riechenden Eiter. Diagnose: Pyonephrosis e lithiasi. Operation am 9. März 1900. Lateraler Längsschnitt vom Rippenbogen zum Darmbeinrande. Der in der Tiefe befindliche Sack wird durch einen Längsschnitt eröffnet, wobei sich $^3/_4$ Liter übelriechenden Eiters entleeren; Ausspülung mit Borwasser. Der Sack ist gleichmäßig dick und weist kleine Reste von Nierengewebe auf. Am Übergange in den Harnleiter sitzt ein eingekeilter, großer Stein. Drainage, Verband. Gelegentlich einer Ausspülung beim Verbandwechsel kommt ein zweiter bohnenförmiger Stein zum Vorscheine. Nach 9 Wochen mit kleiner Fistel entlassen.

Die Steine bestanden zum größten Theil aus phosphorsaurem Kalk, zum kleinsten Theil aus phosphorsaurer Ammoniakmagnesia.

G. Mühlstein (Prag).

39) **E. S. Perman.** Fall af malign njurtumör. Njurexstirpation. Helsa.

(Hygiea Bd. LXII. Hft. 2.)

57jähriger Mann, der seit 3 Monaten eine schnell wachsende Geschwulst in der linken Nierengegend beobachtet hatte. Keine Schmerzen, niemals Hämaturie noch Albumen. Dagegen war das Allgemeinbefinden seit 2 Jahren gestört (Abmagerung $29^1/_2$ kg). Bei der Nephrektomie stieß man auf eine etwa faustgroße Geschwulst, von dem unteren Pole der übrigens normalen Niere ausgehend. Dieselbe platzte bei der Luxation der Niere und zeigte eine gelbgraue, morsche Masse, in der Mitte gefüllt mit einer dunkelrothen breiigen Masse. Die Capsula adiposa war sehr stark entwickelt. Isolirte Ligatur der Hilusgefäße; Massenligatur einiger neugebildeter größerer Gefäße am unteren Theile der Geschwulst. Ungestörte Heilung.

Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Hypernephrom (Struma suprarenalis aberratae renis Grawitz).

In der Epikrise lenkt Verf. die Aufmerksamkeit darauf hin, dass sein Fall wesentliche klinische Unterschiede von den bisher veröffentlichten Hypernephromen darbot. Die bei der Exstirpation noch intakte Geschwulstkapsel hatte den Durchbruch ins Nierenbecken verhindert, daher keine Hämaturie; die Entwicklung war eine sehr rapide, während sie sonst eine sehr langsame zu sein pflegt. Somit ähnelt der Fall mehr den bösartigen Nierengeschwülsten des Kindesalters (embryonalen Adenosarkomen Birch-Hirschfeld's), als den Hypernephromen des Mannesalters. **Hansson** (Cimbrishamn).

40) **P. Linser.** Ein Fall von Dystopia testiculi transversa.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 2.)

Die von L. beschriebene Missbildung fand sich gelegentlich der Operation eines Scrotalbruches bei einem $2^1/_2$jährigen Kinde. Beide Hoden lagen in einem gemeinsamen Hohlraume der rechten Scrotalhälfte, hatten normale Größe und

Beschaffenheit; von jedem ging ein Samenstrang aus, der getrennt durch den Leistenkanal verlief. Da der Hode linksseitig fehlte, so dürfte es sich um eine reine Transposition des linken Hodens und Samenstranges gehandelt haben. Die Ursache dieser, bisher nur selten beobachteten Verlagerung sieht Verf. in einer fehlerhaften, einseitigen Anlage beider Hoden, die wahrscheinlich übrigens auch noch mit einer gleichzeitigen Hypo- resp. Aplasie der linken Niere vergesellschaftet war.

Honsell (Tübingen).

41) T. Annandale. On the operations for congenitally misplaced and undescended testicle.

(Brit. med. journ. 1901. December 1.)

Verf. hält bei den angeborenen Lagerungsanomalien des Hodens eine möglichst frühzeitige Operation für geboten, um die Funktion des Organs zu retten, die sonst bei Fortbestand der Verlagerung sicher verloren geht. A. hat 3 Fälle von angeborener Verlagerung des Testikels beobachtet. Der Hoden lag stets am Perineum. In einem schon früher veröffentlichten Falle ist es gelungen, den Hoden im Scrotum zu fixiren. (Brit. med. journ. 1879. Januar 4.) Samenstrang und Hoden wurden freigelegt, vorgezogen und alle Stränge, welche den Hoden in seiner fehlerhaften Lage fixirten, sorgfältig durchtrennt. Die entsprechende Seite des Hodensackes wurde eröffnet, der Hode wurde in denselben gelagert und daselbst mittels Nähten fixirt.

Der 2. Fall kam nicht zur Behandlung.

Im 3. Falle — bei einem 16jährigen Jungen — war der kleine rechte Hode nach dem Damme zu verlagert. Bei der Operation fand sich in der rechten Scrotalhälfte ein bruchsackähnliches Gebilde, welches nach Eröffnung sich als Tunica vaginalis ergab. Der Sack war nach oben völlig geschlossen. Von dieser geschlossenen Partie ging nach dem Damme zu ein Divertikel, in welchem der Hode lag. Derselbe ließ sich von da aus nach dem Leistenkanale drängen. Er wurde nach unten gezogen und wie im Falle 1 befestigt. Der größere Theil der Tunica vaginalis wurde exstirpirt.

Bei mangelndem Descensus räth A. ebenfalls, möglichst frühzeitig zu operiren, namentlich wenn der Entwicklungsfehler beiderseitig besteht. Bei der so häufigen Kombination mit einem Bruche ist der Hode bei Erwachsenen zu opfern, um den Verschluss der Bruchpforte zu erzielen. Bei jüngeren Individuen ist er nach Möglichkeit zu erhalten, nur dann allenfalls zu opfern, wenn auf der anderen Seite ein wohl ausgebildeter Hode vorhanden ist. A. führt in diesen Fällen die Fixationsnaht noch durch die Haut des Oberschenkels, um den Zug an dem Hoden besser zu sichern.

Schließlich giebt A. noch die Beschreibung zweier Fälle von angeborenem Mangel eines Hodens. Der Samenstrang endigte in beiden in einem kleinen weichen Körper, der beide Male in Windungen des Vas deferens bestand.

Weiss (Düsseldorf).

42) J. B. Bullit. Mammoth ovarian tumors.

(Annals of surgery 1900. Januar.)

Verf. giebt eine Zusammenstellung von 23 Fällen, in denen über 100 Pfund schwere Ovarialtumoren entfernt wurden (das englische Pfund ist 453,6 g schwer). Bei 13 Fällen wird Genesung notirt. Es handelt sich um ein- oder mehrkammerige Cysten, einmal um ein Dermoid. Nähere Angaben über die mikroskopische Struktur fehlen. Verf. fügt einen eigenen Fall hinzu, wo er bei einer 37jährigen Frau eine unilokuläre Cyste von 245 Pfund Schwere entfernte. Tod nach 6 Tagen. Sodann wird ein Fall angeführt, in dem einer Frau aus einer Ovarialcyste durch 171 Punktionen während 46 Jahren (die Frau wurde 80 Jahre alt) im Ganzen 21480 Pfund Flüssigkeit abgezapft wurden.

W. Hirt (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 16. **Sonnabend, den 20. April.** **1901.**

(Aus der Breslauer chirurgischen Klinik des Prof. Dr. v. Mikulicz.)

Über den Werth des Aluminiumbronzedrahtes in der Chirurgie.

Von

Dr. **Rudolf Pichler,** Volontärarzt der Klinik.

In Anbetracht dessen, dass die Verwendung des Aluminiumbronzedrahtes in der Chirurgie trotz der bezüglichen Arbeiten von Hägler und Troller durchaus noch nicht so allgemein ist, wie es der Verwendbarkeit und Billigkeit dieses Materiales entspricht, dürften einige kurze Bemerkungen darüber vielleicht nicht ganz überflüssig sein.

Die wichtigste, gleichzeitig aber auch wohl am wenigsten bekannte Eigenschaft des Aluminiumbronzedrahtes, seiner Zusammensetzung nach aus ungefähr 85% Kupfer und 5% Aluminium bestehend,

ist sein eigenthümliches Verhalten gegen Bakterien. Zu dem Unvermögen, Flüssigkeiten fortzuleiten, was ja naturgemäß jedem Metalldraht zukommt, kommt noch ein verhältnismäßig hoher antiseptischer Werth. Durch die Erfahrungen von Halsted und Credé an metallischem Silber veranlasst, untersuchte ich im Auftrage des Herrn Geh.-Rathes v. Mikulicz mehrere Metalle in Bezug auf ihr Verhalten gegen die gewöhnlichen Eitererreger. Es wurden Petri'sche Schalen mit Agarkulturen von Staphylococcus aureus und albus, Streptococcus pyogenus, Mikrococcus tetragenus, Bact. coli commune und Kaninchensepthämiebacillus beschickt und auf die erstarrten inficirten Nährböden eine Anzahl verschiedener Metalldrähte gebracht; in anderen Schalen wieder wurden die Drähte mit dem inficirten Materiale überschichtet. Die Prüfung bezog sich auf folgende Metalle: Silber, Kupfer, Aluminium, Aluminiumbronze, Messing, Eisen, Magnesium, Magnalium. Nach 24 Stunden zeigte sich auf den Platten ein regelmäßiges Wachsthum der gesäten Bakterien, nur um einzelne der Drähte waren mehr oder weniger scharf umschriebene Zonen frei von Kulturen geblieben. Am breitesten waren diese Zonen um den Kupferdraht, etwas weniger breit um den Aluminiumbronzedraht und noch weniger breit um den Silberdraht herum. Von den anderen Metallen zeigte nur noch das von E. Payer in die Chirurgie eingeführte Magnalium eine erheblich kolonienfreie Umgebung.

Weitere Versuche ergaben nun noch etwa Folgendes: Nicht in allen Fällen kommt es bei den genannten Drähten, besonders beim Silber- und Aluminiumbronzedraht, zur Bildung scharf umschriebener deutlich sichtbarer bakterienfreier Zonen, sondern oft sind die Kolonien in einer gewissen Umgebung des Drahtes weniger dicht, oder sie sind auffallend kleiner, weniger üppig als die übrigen. Oft ist dieser Unterschied kaum mit unbewaffnetem Auge erkennbar, wohl aber bei schwacher Vergrößerung. Zum mindesten eine solche Hemmungswirkung auf die Entwicklung der Kolonien war in allen Fällen auf den mit Staphylococcus albus und aureus, Streptococcus pyogenes und Mikrococcus tetragenus zu konstatiren. Am empfindlichsten scheint Staphylococcus albus und Mikrococcus tetragenus zu sein; doch macht sich auch hier ein Unterschied zwischen verschiedenen Stämmen derselben Art geltend; nicht alle werden in gleich hohem Maße beeinflusst. Mit üppig wachsenden Arten, wie Kaninchensepthämie, Bact. coli, misslang der Versuch vollkommen. Auch auf sehr dicht gesäeten Platten von Staphylococcus albus war die Wachsthumshemmung wiederholt nur ganz geringfügig. Nicht gleichgültig scheint es ferner zu sein, ob man ganz neuen, noch glänzenden Aluminiumbronzedraht oder ob man durch wiederholtes Kochen und längeres Liegen oberflächlich veränderten Draht verwendet; letzterem ist im Allgemeinen hier der Vorzug einzuräumen.

Der Befund intrakutan gelegener Nahtschlingen aus Aluminiumbronzedraht entspricht im Großen und Ganzen den eben ausgeführten

Resultaten; die einschlägigen ausgedehnten Untersuchungen aus dem reichen Materiale der Klinik harren noch der Veröffentlichung.

Jedenfalls hat an unserer Klinik der Aluminiumbronzedraht den Silberdraht vollständig verdrängt und findet besonders da ausgiebigen Gebrauch, wo eine nachträgliche Infektion des Stichkanals von der Haut aus zu erwarten ist, und zwar einmal in den unvollkommen desinficirbaren Gebieten des Dammes, der Scrotal- und Leistengegend, der Lippe und dann dort, wo die genähte Haut einer starken Spannung ausgesetzt ist und die Nähte längere Zeit, selbst eine Reihe von Wochen, liegen bleiben sollen.

---

1) **Th. Kocher** und **F. de Quervain.** Encyklopädie der gesammten Chirurgie. Lief. 1.

Leipzig, **F. C. W. Vogel,** 1901.

»Die Encyklopädie der Chirurgie ist bestimmt, dem Arzte in möglichst knapper Form eine Übersicht über den jetzigen Stand unserer Wissenschaft und Kunst zu geben.« Die Herausgeber haben zu dem Zwecke eine große Anzahl der tüchtigsten Mitarbeiter gewonnen, die alle mit dem von ihnen behandelten Gegenstande und mit der neusten Litteratur über denselben völlig vertraut sind, und gedenken das Werk in 25 Lieferungen zu je 3 Bogen fertig zu stellen.

Die auf den vorliegenden ersten 3 Bogen erschienenen Artikel zeichnen sich alle durch vollste Wissenschaftlichkeit aus. Fragen der allgemeinen wie der speciellen Chirurgie sind gleichmäßig knapp, aber gründlich abgehandelt; normale und pathologische Anatomie, Haut- und Frauenkrankheiten, Vergiftungen, Pharmakologie und Bäderlehre finden genügende Berücksichtigung, so dass der praktische Arzt nach den verschiedensten Richtungen hin sich über Kranke mit chirurgischen Leiden Rath holen kann. — Die Ausstattung ist tadellos.

Nach Allem lässt sich erwarten, dass die Encyklopädie der Chirurgie ihre Bestimmung voll erfüllen wird. **Richter** (Breslau).

---

2) **E. v. Leyden** und **F. Klemperer.** Die deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts; in akademischen Vorlesungen. Lief. 1—3.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1901. Mit Illustrationen und Tafeln.

Nach dem Prospekte der Verlagshandlung wendet sich das vorstehende Unternehmen vornehmlich an die Ärzte und will ihnen in einer Anzahl klinischer Vorträge über alle wissenschaftlichen, diagnostischen, therapeutischen und technischen Fortschritte der Medicin, so weit sie für die Praxis von Bedeutung sind, Bericht erstatten, wobei das Hauptgewicht auf alles Neue gelegt werden soll, so fern

es von Werth ist und für den Arzt brauchbar und interessant. Dieser soll mit dem Werke ein getreues lebensvolles Bild der deutschen Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts erhalten. Der Umfang desselben ist auf etwa 10 Bände von je ca. 40 Druckbogen in Aussicht genommen, etwa 150 Vorträgen entsprechend; eine spätere Weiterführung ist nicht ausgeschlossen. Die Ausgabe geschieht in Lieferungen von ca. 4 Bogen Stärke zum Preise von 1,60 *M*.

Band VIII ist speciell für chirurgische Themata reservirt, doch wird die Chirurgie bei dem engen Zusammenhange der verschiedensten Abschnitte der Medicin natürlich in allen Bänden die nöthige Berücksichtigung finden. Die Namen der Mitarbeiter in allen Fächern gehören zu den angesehensten der deutschen Docenten und Praktiker.

Der das ganze Werk einleitende Vortrag v. L.'s giebt ein interessantes Bild über die Entwicklung der Klinik und namentlich der Heilkunst in den letzten 100 Jahren. Die weiteren behandeln Kapitel der allgemeinen Pathologie und Therapie und solche der inneren Medicin. Sie alle stehen natürlich auf dem Standpunkte der neuesten Forschungen und wahren den Charakter des Vortrags in so fern, als sie ihren reichen Inhalt in anregender, fließender Sprache wiedergeben.

Dem Werke dürfte eine weite Verbreitung in Aussicht zu stellen sein.

Richter (Breslau).

---

3) **A. Bier.** Die Entstehung des Kollateralkreislaufes. Th. I: Der arterielle Kollateralkreislauf. Th. II: Der Rückfluss des Blutes aus ischämischen Körpertheilen[1].

(Virchow's Archiv Bd. CXLVII. p. 256; Bd. CLIII. p. 306.)

Verf. bespricht zuerst die zahlreichen, sich sehr widersprechenden Theorien über die Entstehung des Kollateralkreislaufes und stellt danach die Frage auf: Macht eine irgend wie erzeugte Anämie, vorausgesetzt, dass die Gefäßbahnen zu dem anämischen Gebiete erhalten sind, unter allen Umständen eine Hyperämie, wenn die verschlossenen Gefäßbahnen wieder für Blut durchgängig werden? Durch zahlreiche Versuche an äußeren Körpertheilen höherer Thiere kommt er dann zu folgendem Resultate: Das anämische Gewebe lockt ganz unabhängig vom Centralnervensysteme (also entgegengesetzt den früheren Ansichten hierüber), so fern überhaupt noch eine gewisse Anzahl arterieller Bahnen, selbst solche von geringer Ausdehnung, dorthin führen, mit großer Kraft arterielles Blut an. Die Stärke und Dauer der Hyperämie hängen von 2 Dingen ab; 1) von der Dauer der voraufgehenden Anämie, 2) von der Vollständigkeit der Absperrung des arteriellen Blutstromes. Die Hyperämie tritt selbst bei sehr bedeutenden vorübergehenden Kreislaufstörungen nicht ein, wenn durch andere Gefäßbahnen noch genügend arterielles Blut

[1] Anmerkung. Seinerzeit bei dem Referentenwechsel übersehen, erfährt die Arbeit hier eine nachträgliche Besprechung. Red.



zugeführt wird; sie tritt nur unvollständig ein, wenn zwar etwas, aber nicht genügend viel Blut noch zu den anämischen Geweben kam. Offenbar entsteht diese reaktive Hyperämie durch ein gewaltige Herabsetzung der Widerstände in den kleinen Gefäßen und vielleicht auch in allen anderen Gewebstheilen, deren elastische Spannung wohl durch die Anämie herabgemindert wird.

Dass die Herabsetzung der Strömungswiderstände in anämisch gewesenen Geweben ganz außerordentlich stark ist, wird ebenfalls durch Versuche erläutert.

Verf. bezeichnet, aus praktischen Gründen, diese Selbstregelung des Blutzuflusses als das Blutgefühl der Gewebe, welchem, wie er glaubt, eine sehr wichtige Rolle bei den äußeren Körpertheilen zufällt; denn es muss alle möglichen, durch äußere Verletzungen, Druck etc. hervorgerufenen Kreislaufstörungen schnell und sicher wieder ausgleichen. Wenn durch äußere Schädlichkeiten hervorgerufene Kreislaufstörungen nicht sofort wahrgenommen und ausgeglichen werden, so kann man dies gewissermaßen als eine Lähmung des Blutgefühls auffassen.

Versuche an Eingeweiden. Zuerst wird hier die Thatsache festgestellt und durch systematische Versuche (Ligatur des Mesenteriums dicht am Darme), so wie Beobachtungen bei Operationen erhärtet, dass der Darm gegen Ernährungsstörungen äußerst empfindlich ist. Ferner wird eine ganze Reihe von Ursachen aufgeführt, welche allein am Darme eine starke Hyperämie hervorzubringen im Stande sind: 1) Druckverhältnisse, 2) Berührung mit der Luft, 3) Füllungszustand. Unter Berücksichtigung dieser Umstände schließt Verf. aus seinen Versuchen, dass dem Dünndarme das Blutgefühl in dem Sinne fehlt, in welchem es den äußeren Körpertheilen zugesprochen wurde. Ist diese Ansicht, dass das Blutgefühl das entscheidende Mittel für das Zustandekommen des Kollateralkreislaufes ist, richtig, so erklärt sich das räthselhafte Brandigwerden des Darmes trotz sehr reichlicher Kollateralbahnen von selbst. Wahrscheinlich bedarf der Darm, weil durch seine Lage im Innern des Körpers, seine Schlüpfrigkeit und Beweglichkeit vor Schädlichkeiten hinreichend geschützt, jener Sicherheitsmaßregeln nicht.

Zum Schlusse dieses Kapitels folgen noch Versuche über das Verhalten des Blutgefühls am Magen, Dickdarm, Niere und Milz; dieselben haben jedoch zum Theil unbestimmte und unsichere Resultate ergeben.

Der endgültige arterielle Kollateralkreislauf wird dann zum Schlusse des I. Theiles behandelt, wobei Verf. zur Besprechung der Frage kommt, ob eine vermehrte Durchströmung mit Blut Hypertrophie hervorbringt. Seit Langem war es ein Lieblingsgedanke des Verf., das Blut im Körper lenken zu können wohin er es haben wollte. Er dachte einerseits Krankheiten heilen und andererseits schlecht ernährte und welke Glieder dadurch aufbessern zu können. Das Erstere ist ihm wenigstens für die Gelenktuberkulose durch die viel-

fach angewandte Stauungshyperämie in einem befriedigenden Grade gelungen, das Letztere dagegen vollkommen misslungen.

An einzelnen Beispielen und Versuchen wird dann erläutert, dass arterielle Hyperämie noch keineswegs Hypertrophie hervorruft, eben so wenig wie starke venöse Hyperämie eine Überernährung bewirkt.

Die Ausbildung des endgültigen Kollateralkreislaufes fällt unter ein allgemein biologisches Gesetz, welches lautet: Wo an ein Gewebe innerhalb physiologisch möglicher Grenzen erhöhte Anforderungen gestellt werden, da hypertrophirt es. Die in Folge dessen an den verschiedensten Organen und Geweben entstehende Hypertrophie ist nicht eine Folge der Hyperämie, sondern Hypertrophie und Hyperämie sind beide die Folge eines gänzlich unbekannten Lebensvorganges.

Im zweiten Theile sucht Verf. durch Beobachtungen und Versuche an Menschen und Thieren klar zu machen, wesshalb äußere Körpertheile nach schweren arteriellen Sperrungen blass bleiben und nicht sofort mit venösem Blute voll laufen. Denn nach theoretischen Erwägungen und einfachen hydraulischen Gesetzen müsste doch eigentlich das Blut aus den Kapillaren anderer Körpertheile in die Adern des anämischen Gebietes, als an den Ort des geringsten Widerstandes hineinfließen, zumal da alle Kapillaren äußerer Körpertheile ein zusammenhängendes Netz bilden.

Diese Theorie und Gesetze stimmen nur für die Eingeweide, wie dies Verf. durch seine Versuche, besonders an der Niere, darlegt. Bei den äußeren Körpertheilen dagegen ist gerade das Gegentheil der Fall: diese laufen nach arteriellen Sperrungen nicht mit Blut voll und werden nicht blau, sondern bleiben blass. Und wenn sich an solchen Theilen später Merkmale venöser Stauung einstellen sollten, wenn sie blau und ödematös werden, so ist dies ein Zeichen des herannahenden Gewebetodes. Es wird ferner durch jene Versuche bewiesen, dass es unrichtig ist, von einer Erschlaffung und Erweiterung der Gefäße in Folge von Unterbrechung des Blutstromes zu reden.

In den Schlussfolgerungen sagt Verf.: Sobald an einem äußeren Körpertheile eine Kreislaufsstörung eintritt, entsteht daselbst sofort in den kleinen Gefäßen eine gewaltige Herabsetzung der Widerstände für den arteriellen Blutstrom, welcher das Blut mit sehr großer Schnelligkeit nach diesem Orte hinfließen lässt. Ist die arterielle Zufuhr ganz aufgehoben, so wehren sich die kleinen Gefäße gegen das Einlaufen von venösem Blute, ist sie so spärlich, dass die Triebkraft zum Fortbewegen des Blutes in dem weiten Stromgebiete der kleinen Gefäße nicht ausreicht, so tritt keineswegs eine Blutstockung und venöse Hyperämie auf, sondern die kleinen Gefäße befördern durch selbständige Bewegung das Blut in der Richtung nach den Venen hin weiter.

Die selbständige Regelung des Kreislaufes liegt hauptsächlich den Kapillaren ob, und zwar aus folgenden Gründen: 1) liegt der Hauptwiderstand für das strömende Blut in den kleinsten Gefäßen; 2) würde bei sehr spärlichem Zufluss eine Verringerung des Widerstandes in den Arterien ohne Betheiligung der Kapillaren das Gegentheil von dem zu Folge haben, was die Natur erstrebt, nämlich eine Verlangsamung des Blutstromes. Denn eine Erweiterung des Strombettes bei vermindertem Drucke von der einen und gleichbleibenden Widerständen auf der anderen Seite muss dies selbstverständlich zur Folge haben.

Fertig (Göttingen).

---

4) **E. Navratil.** Le traitement opératoire du sclérome.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhin. 1900. No. 47.)

In Anbetracht der geringen Erfolge, welche bei der Behandlung des Skleroms mittels Kauterisation, Bougierung und anderer Behandlungsmethoden erzielt werden, tritt Verf. für ein energisches operatives Vorgehen ein. In den Fällen, in welchen die Haut, der Knorpel und die Nasenmuscheln erhalten werden können, spaltet er die Nase in der Mittellinie, um so einen genügenden Überblick zu erhalten; er entfernt die erkrankten Partien und schließt die Wunde durch Naht. Sind dagegen äußere Haut, Knorpel und Knochen mit ergriffen, so entfernt er auch diese und deckt die Lücken mittels eines aus der Stirn entnommenen Haut-Periostlappens, event. unter Hinzunahme der Lamina externa des Stirnbeines. Bei Kehlkopfsklerom führt Verf. nach vorausgegangener Tracheotomie die Laryngofissur aus; entstehen hierbei durch Exstirpation der krankhaften Partien große Schleimhautdefekte, so deckt er dieselben mittels Thiersch-scher Transplantation. Eventuell entfernt er auch afficirte Drüsen, kurz er empfiehlt dasselbe energische Vorgehen, wie beim Carcinom. Auf diese Weise wurden 8 Fälle operirt, davon 7 mit günstigem Ausgange.

F. Alexander (Straßburg i/E.).

---

5) **J. Sellei.** Über den heutigen Stand der Lehre der Leukoplakie (Schwimmer).

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXII. Hft. 1.)

S. bespricht, ohne im Wesentlichen Neues zu bringen, die von Schwimmer als Leukoplakie bezeichnete und näher charakterisirte Affektion der Mundschleimhaut; in dem noch immer herrschenden Streite, ob diese Affektion — wie vor Allem die Franzosen behaupten — mit der Syphilis in kausalem Zusammenhange steht oder nicht, stellt sich Verf. streng auf den Standpunkt, dass sie zur Lues keine Beziehung hat. Eben so leugnet er — wie der Ref. glaubt, mit Recht — im Gegensatze zu einigen neueren Arbeiten jeden Zusammenhang mit der Psoriasis vulgaris. Er betont die Häufigkeit des Überganges in Carcinom (welche aber doch wohl nicht so groß ist, da die Leukoplakie der Zunge gewiss sehr viel häufiger ist, als die Carcinome).

Jadassohn (Bern).

---

6) **F. G. Burrows.** A clinical study of diphtheria. 2093 cases treated by the writer at the Boston city hospital.

(Amer. journ. of the med. sciences 1901. Februar.)

Es ist nicht möglich, auf die Einzelheiten dieser sorgfältigen statistischen Arbeit einzugehen; sie bestätigt die aller Orten gemachten günstigen Erfahrungen mit dem Heilserum. Unter seinem Einflusse sank die Mortalität an dem Boston city hospital von 45,3% auf 12,23%.

Hinsichtlich der Anwendung des Serums sei nur erwähnt, dass dasselbe so frühzeitig wie möglich, in großen Dosen und häufig (meist alle 4 Stunden, so lange erforderlich) gegeben wurde. Außerdem wurde ausgiebig Alkohol als Reizmittel verabfolgt, selten Digitalis. Die Nierenthätigkeit wurde in geeigneten Fällen durch heiße Packungen und Magnesiumsulphat angeregt. Die intubirten Pat. wurden im Sitzen mit Schlundsonde ernährt; bei hartnäckigem Erbrechen wurde Rectalernährung eingeleitet.

Auffallend ist, dass in einer Arbeit, die der Wirksamkeit des Diphtherieserums gilt, der Name Behring überhaupt nicht erwähnt, das Verdienst der wissenschaftlichen Begründung und Einführung der Serumtherapie vielmehr ausschließlich Roux und der Pasteur-schen Schule zugeschrieben wird. (Ref.) **R. v. Hippel** (Dresden).

---

7) **R. v. Hippel.** Zur Totalexstirpation des Kehlkopfes.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 1.)

Die aseptische Wundbehandlung hat keinen wesentlichen Einfluss auf die Besserung der Resultate für die Totalexstirpation des Kehlkopfes gehabt. Man sucht desshalb mannigfache Verbesserungen der Technik einzuführen. So beschränkte sich Kocher unter Anwendung der lokalen Anästhesie und der Tamponade nach präliminarer Tracheotomie auf die partielle Exstirpation, so weit das nur möglich war. Weitere Verbesserungen brachte die genau abschließende Naht des Rachens in einer oder mehreren Etagen (Bardenheuer, Poppert, Rotter) und die Durchtrennung der Luftröhre mit Herausnähen des unteren Endes in die Wunde (Gluck). Dadurch wurde in der That auch eine starke Herabminderung der Sterblichkeit bei dieser Operation erzielt. Einen weiteren Fortschritt schien nun die von Foederl vorgeschlagene Modifikation des Eingriffes zu bedeuten, welche darin besteht, dass man den Stumpf der Luftröhre mit dem Zungenbeine, der Basis des Kehldeckels und den aryepiglottischen Falten in Verbindung bringt, durch einige starke Nähte eine cirkuläre Vereinigung erzielt und so die Luftwege in ihrer Kontinuität wieder herstellt. Die großen Vortheile eines solchen Verfahrens liegen auf der Hand. v. H. operirte nun nach dieser Methode einen Fall von Sarkom des Kehlkopfes, kommt aber nach Schilderung seines Kranken- und Operationsberichtes zu dem Schlusse, dass er diese Methode nie wieder anwenden würde wegen der mit ihr ver-

bundenen Gefahren des Reißens der Trachealnaht, der Eiterung in der Wunde und der Gangrän des Luftröhrenstumpfes. Der Pat. des Verf. ist durch die anscheinend doch zu große Spannung bei dem Heraufnähen der Luftröhre gegen das Zungenbein etc. in schwere Lebensgefahr gerathen, da die Gangränescirung der Nahtstelle und Umgebung es dahin brachte, dass eine große, mit dem Schlundrohre kommunicirende, vom Kehldeckel bis zur Kanülenöffnung reichende Eiterhöhle gebildet ward. Nur der sorgfältigsten Pflege gelang es, den Pat. am Leben zu erhalten; er musste sich einer Nachoperation unterziehen und war nach Monaten so weit wie ein nach Gluck Operirter nach einigen Wochen. Verf. ist nun der Ansicht, dass sein im Verhältnisse zu Foederl's Publikation schlechtes Resultat nicht etwa Fehlern der Technik bei dieser von ihm ausgeführten Operation zuzuschreiben sei, sondern dass die Methode eben als eine unzuverlässige und gefährliche die Komplikationen verschuldet habe.

Erwähnt sei noch, dass der Fall auch als Sarkom des Kehlkopfes, der selteneren Form der bösartigen Kehlkopfgeschwülste, interessant ist. Die Geschwulst entsprach der zweiten von Bergeat aufgestellten Kategorie der Kehlkopfsarkome, dem hinsichtlich seines Charakters zwischen den gutartigen Spindelzellensarkomen und den sehr bösartigen Alveolarsarkomen stehenden Rundzellensarkom.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

8) **W. A. v. Oppel.** Beitrag zur Frage der Fremdkörper im Herzen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 1.)

Bei seinen experimentellen Studien fand O., dass die Einführung einer Nadel in das Herz der Versuchsthiere bei gleichzeitiger Freilegung desselben weit verderblicher wirkte als ohne Freilegung des Organes. Die Bloßlegung des Herzens an sich ohne Läsion desselben wird gut ertragen. Der Theil der Nadel, der in das Perikard zu liegen kommt, wird eingekapselt. Vom visceralen Blatte des Herzbeutels aus sieht man um den Eintrittspunkt der Nadel häufig fungiforme Wucherungen entstehen, die bei der mikroskopischen Untersuchung sich als endothelüberzogene kleine Polypen darstellen. Bezüglich des Wanderns der Nadeln, das allgemein angenommen wird, ist Verf. der Anschauung, dass dies nicht statt hat, so fern eine in das Herz eingestoßene Nadel noch aus demselben herausreicht, z. B. in den Interkostalraum. Einige angeführte Experimente sprechen allerdings ziemlich deutlich für die Berechtigung dieser Ansicht des Autors. Wie beim Thiere ist natürlich auch für den Menschen das Wandern in das Herz eingedrungener Nadeln nicht anzunehmen. Um diejenigen Theile der Nadeln, welche das Endothel des Endokards verletzen, werden weiße Thromben gebildet. Aseptische kalte Stahlnadeln bedingen keine Blutgerinnung, dagegen veranlasst eine heiße Nadel unter günstigen Verhältnissen die Bildung

rother Thromben. Nadeln, welche quer durch die Herzhöhlen liegen, verursachen leichter das Anlegen weißer Thromben. Allmählich wird eine solche querliegende Nadel von einer bindegewebigen Scheide eingekapselt. Solche Nadeln, welche, in den Herzhöhlen liegend, bei den Kontraktionen des Muskels die gegenüberliegende Wand stets anstechen, führen zu einer experimentellen, verrukösen Endokarditis. Tödliche Blutungen werden durch die Nadeln kaum je verursacht. In der ersten Zeit nach der Einführung einer Nadel in das Herzgebiet ist die Lage des verletzten Menschen viel gefährlicher als die kleinerer Thiere. Perikarditis, kleine Blutungen in der Muskulatur und degenerative Zustände führten häufig zum Tode der Versuchsthiere. Als beste Methoden für die Freilegung des Herzens sind nach des Verf.'s Ansicht diejenigen Verfahren anzusehen, welche es durch das Brustbein hindurch bloßlegen.

Bezüglich der Frage, ob Nadeln im Herzen Indikation zu operativem Vorgehen geben, ist O. der Ansicht, dass Nadeln, deren stumpfes Ende man durch die Weichtheile fühlen kann, extrahirt werden sollen. Dieser Eingriff zieht in den weitaus meisten Fällen keine Blutung nach sich und ist je eher desto besser auszuführen. Aber auch diejenigen Nadeln, welche nicht fühlbar sind, sollen, so fern die Diagnose event. durch Röntgenaufnahme festgestellt ist, so bald als möglich, selbst mit Freilegung des Herzens, wo das nothwendig sein sollte, herausgeholt werden. Je länger man zögert, um so mehr wächst die Gefahr einer Blutung. Nach einem Tage noch konnte Verf. bei seinen Versuchen die Nadeln ungestört herausnehmen, am dritten Tage dagegen entstand schon eine profuse Blutung, an der das Kaninchen zu Grunde ging. Auch die Bloßlegung des Herzens soll in diesen späten Zeiten nichts mehr nützen. Das bisher geübte expektative Verfahren hält Verf. weder durch theoretische Überlegungen noch durch die Erfahrungsthatsachen für gerechtfertigt. Die Extraktion größerer Fremdkörper kann natürlich nur nach vorheriger Freilegung des Herzens erfolgen, während die Frage der Freilegung desselben bei Nadelextraktion von der Besonderheit des Falles abhängt. Erwähnt sei noch, dass unter günstigen Bedingungen Nadeln in Herzen von Menschen und Thieren einheilen können.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

9) **Chlumský.** Über die Trichterbrust.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. VIII. Hft. 3 u. 4.)

Nach einer zusammenfassenden und erschöpfenden Darstellung der anatomischen und klinischen Verhältnisse mit Hilfe der Litteratur berichtet Verf. über 5 Pat. Hoffa's im Alter von 3—12 Jahren, welche außer mit anderen Gebrechen auch mit Trichterbrust behaftet waren. 3 Pat. waren Geschwister. Nach Angabe des Verf. wurden gute therapeutische Resultate erzielt durch Athmungsgymnastik (Exspiration bei seitlicher Kompression des Thorax und Üben im Trompetenblasen), durch Zug an Heftpflasterstreifen, welche in den Grund

der Vertiefung eingeklebt wurden, und durch luftleer anliegende Schalen. **J. Riedinger** (Würzburg).

Kleinere Mittheilungen.

Über einen Fall von Pneumatosis cystoides intestinorum hominis nach Prof. Dr. E. Hahn[1].

Von

Dr. Y. **Miwa** in der chirurg. Klinik zu Chiba (Japan),

früher Hospitant der v. Mikulicz'schen Klinik.

Am 27. März 1899 befand ich mich beim Herrn Prof. Dr. E. Hahn im Friedrichshain-Hospitale zu Berlin. Derselbe laparotomirte damals einen Mann. Als er das Peritoneum eröffnete, trat eine Darmschlinge zu Tage, die mit einer großen Zahl kleiner Luftbläschen besät war. Prof. Hahn erklärte, er sehe diese Krankheit zum 1. Male. Auch mir war sie neu. Im vorigen Jahre aber habe ich bei der Sektion eines von mir behandelten Kranken zufällig einen ganz ähnlichen Fall beobachtet, bei dem auch die Darmfläche mit Luftbläschen bedeckt war. Die Krankengeschichte des Falles folgt hiermit:

J. Nakamura, 42 Jahre alt, Schmied. Der Vater lebt noch, 82 Jahre alt, und ist gesund. Die Mutter ist längst gestorben, angeblich an Gelenkrheumatismus. Von 2 Brüdern ist der eine jung gestorben, der andere lebt noch, ist aber schwächlich. Pat. selbst hat in der Kinderzeit Masern durchgemacht. Seit 12 Jahren leidet er am Magen (chronischem Magen-Darmkatarrh?). Vor 4 Jahren hat er angeblich eine Peritonitis durchgemacht, die nach 6 Monaten heilte. Dann bekam er angeblich Muskelentzündung am Gesäß, so dass er gar nicht gehen konnte. Kurz nachher schwoll die linke Inguinalgegend an (Kongestionsabscess?); es eröffnete sich hier spontan ein Abscess und entleerte ½ Liter Eiter.

Am 20. December 1899 wurde Pat. in die chirurgische Station zu Chiba aufgenommen.

Status praesens: Schlecht genährter, mittelgroßer Mann. Hautfarbe blass, schmutzig. In der Nähe der Spina anterior sinistra 3 Fisteln, die alle reichlich dünnflüssigen, flockigen, aber wenig stinkenden Eiter absondern. Im Eiter Tuberkelbacillen nicht zu finden. Die Sonde dringt durch die Fisteln auf kariösen Knochen. In beiden Lungen Spitzenkatarrh; wenig Husten, wenig Auswurf. Appetit schlecht, ab und zu Brechneigung, Übelkeit, saures Aufstoßen. Der dilatirte Magen reicht bis zum Nabel. Stuhlgang träge.

Diagnose: Tuberkulöse Darmbeincaries, vielleicht Pylorusstenose.

Verlauf: Am 4. Januar 1900. Unterleib aufgetrieben, tympanitischer Schall. Gefühl von Vollsein im Magen. Etwas Leibschmerz, Erbrechen.

19. Januar 1900 wird ca. ½ Liter braune Flüssigkeit erbrochen. Seit 6 Tagen Verstopfung. Temperatur 36,9° C.

8. Februar 1900. Magen stärker dilatirt, reicht bis 3 Finger unterhalb des Nabels. Magengegend gar nicht zu fühlen, keine Geschwulst zu tasten. Verdacht auf Magencarcinom. Im untersuchten Mageninhalte kein Blut, aber Säure vorhanden, Säuregehalt normal. Mikroskopisch keine Carcinomzellen. Sichere Diagnose nicht zu stellen.

9. März 1900. Seit 7 Tagen Verstopfung; Seifenwasserklystier erfolglos gegeben; 10 g Glycerinklystier fördert einige Klümpchen harter Kothmasse. Temperatur 38,4° C., Puls schwach.

---

[1] Prof. Dr. Eugen Hahn, Über Pneumatosis cystoides intestinorum hominis und einen durch Laparotomie behandelten Fall. Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 40. S. Referat im Centralblatte für Chirurgie 1900. p. 448).

11. März 1900. Morgens 6 Uhr Temperatur 35,9° C., Puls sehr schwach, gegen 10 Uhr Morgens Tod.

Sektion 11. März 1900 Nachmittags 3 Uhr (Prof. Dr. H. Tsutsni).

Anatomische Diagnose: Lungenphthise, Ulcus ventriculi, Pylorusstenose, Darmbeincaries; bisher (in Japan) unbekannte Entwicklung eigenthümlicher Luftbläschen auf der Darmfläche.

Diese Bläschen sitzen am Krummdarme, sowohl in der Serosa wie der Submucosa, mehr aber serosaseits. Sie sitzen dicht neben und auf einander und variiren in Größe zwischen Hanfkorn und Taubenei. An der Stelle, wo dieses Luftbläschen sitzt, ist das Darmlumen stark verengt. Die ergriffene Krummdarmschlinge hat eine Länge von ca. 30 cm. Zwölffingerdarm, Mastdarm, Peritoneum, Harnblase etc. sind frei von Bläschen. Bei Fingerdruck zerplatzen die Bläschen unter einem Knalle. Die in ihnen enthaltene Luft stinkt nicht, brennt auch nicht. Die Bläschen sitzen breit auf, sind nicht gestielt.

Bei der mikroskopischen Untersuchung ergab der Luftbläscheninhalt keine charakteristischen Bakterien. In Zucker-Agarkultur wirkte er gasbildend. — Thierversuche (intraperitoneale Kultur bei 2 Kaninchen und 2 Hunden) fielen negativ aus.

Chiba, 16. Februar 1901.

---

10) Bericht über den I. Kongress der Gesellschaft russischer Chirurgen in Moskau vom 9.—11. Januar 1901.

Referirt von E. Thal.

1) A. Martinoff (Moskau). Über die »Phlegmone ligneux«.

Vortr. berichtet über 4 Fälle chronischer Schwellungen des Unterhautgewebes von holzähnlicher Konsistenz (»Phlegmone ligneux« nach Réclus), von welchen 3 am Halse, 1 am Unterleibe lokalisirt war und hier mit der Blase fest zusammenhing. Diese Geschwulst wurde ohne wesentlichen Erfolg operirt, wobei dieselbe sich als typisches Keloid herausstellte. Von den Halsschwellungen bestand die erste deutlich aus vergrößerten Lymphdrüsen; in den Fällen II und III unterschieden sich die Geschwülste in nichts von Narbengewebe, verliefen jedoch, obwohl chronisch, bei erhöhten Temperaturen und führten zu Kachexie. Vortr. glaubt seine Fälle den »Phlegmones ligneux« anreihen zu dürfen.

2) W. Mintz (Moskau): Zur Frage der Medullaranästhesie.

Vortr. injicirte je 15 mg einer 1%igen Cocainlösung in den Rückenmarkskanal zwischen 3. und 4. Lendenwirbel in 4 Fällen, wo die üblichen Narkosen kontraindicirt waren. Niemals trat dabei Temperatursteigerung auf. Analgesie wurde in verschiedener Ausdehnung erzielt, doch blieb die Schmerzempfindlichkeit des Bauchfelles stets erhalten, was im Verein mit der gleichfalls ungeschwächten Spannung der Mm. recti die Ausführung der Laparotomie wesentlich erschwerte. Bei leichter Cocainvergiftung erwies sich Chloroformnarkose als unschädlich.

3) J. Meerowitz (Katherinendar). Medullarnarkose.

Vortr. berichtet über 78 Operationen, bei welchen Analgesie durch Cocain- und Eucaininjektionen in den Lendentheil des Rückenmarkskanales erzeugt wurde. Die Kanüle wurde zwischen dem 3. und 4. Lendenwirbel eingestochen. In den meisten Fällen trat Analgesie bis zum Nabel, ja bis zum Schwertfortsatze ein. In 73 Fällen war dieselbe eine für die Operation ausreichende. Eucain bot keinerlei Vorzüge gegen Cocain. Von den unliebsamen Nebenwirkungen waren am häufigsten Übelkeit, Erbrechen, Fieber, Herpes labialis, Kopfschmerz und Schlaflosigkeit zu beobachten, seltener Krämpfe, Zittern, Störungen der Herzthätigkeit und Athmung. Alle diese Erscheinungen waren vorübergehend, nur Kopfschmerz hielt öfters 2—3 Tage an. Das Operiren in der Bauchhöhle wurde durch die Kontraktion der Bauchmuskeln sehr behindert. Ein weiterer Übelstand resultirte daraus, dass die Kranken bei Bewusstsein blieben, was in mehreren Beziehungen störend war. Als einzige Kontraindikation sieht Vortr. Herzfehler an.



4) N. Georgiewsky (Sveaborg). Über die Verwendung des Natrium carbonicum in der chirurgischen Praxis.

Vortr. behandelte Phlegmonen, Abscesse, Wunden aller Art etc. mit Sodalösungen, meist in Form des »feuchten Sodaverbandes« und warmer Sodaumschläge, und zwar immer in 2%iger Lösung, wobei er Aufhören der Eiterung und Bildung von Granulationsgewebe schneller erzielte, als mit allen anderen Behandlungsmethoden.

5) Rajewski (Moskau). Zur Frage der Bedeutung wässriger Lösungen von Alkalien für den Wundheilungsprocess.

Vortr. überzeugte sich auf dem Wege chemischer Untersuchung, dass 1‰ NaOH in 15 Minuten ein Quantum Eiter zu lösen vermag, zu dessen Lösung in wässrigem Natr. carb. 3 Tage erforderlich sind.

Bei Verwendung der ersteren Lösung in Form von Irrigationen und Umschlägen zur Behandlung eiternder Wunden trat Heilung weit schneller ein, als bei Anwendung von Sodaverbänden. Vortr. ist der Überzeugung, dass es sich dabei nicht sowohl um eine Steigerung der Blutalkalescenz, als vielmehr um Lösung des Eiters handelt, dessen Abfluss in dieser Weise sehr gefördert wird.

6) A. Natanson (Moskau). Exstirpation des Thränensackes. (Mit Krankendemonstration).

Bei Exstirpation des Thränensackes nach Kuhn erzielte Vortr. vorzügliche Resultate: Eiterung und Thränenfluss sistirten, die Narben glätteten sich und waren in der Folge kaum sichtbar.

7) K. Solowjoff (Moskau). Käse-Aluminiumkorsetts und Verbände.

Vortr. benutzte zur Herstellung von Korsetts und Verbänden Aluminiumplatten und einen aus Natr. caust. und venetianischem Terpentin und Käse zusammengesetzten Leim zur Durchfeuchtung der Binden.

Das Korsett besteht aus 2 Aluminiumschichten, welche von je einer durchleimten Binde bedeckt werden, wobei die innere Aluminiumschicht in Längsrichtung, die äußere quer in nicht ganz bis zur Mitte reichende Streifen zerschnitten wird.

Die Anfertigung eines solchen Korsetts mit Zubehör und Ausstattung kostet 10—11 ℳ.

Dasselbe erwies sich in der Praxis als äußerst bequem und dauerhaft.

8) V. Sakcheew (Moskau). Totale Regeneration eines großen abgestorbenen Schädelknochenstückes.

Vortr. beobachtete einen Fall von Nekrose am Schädelknochen (im Anschlusse an eine Entzündung des Proc. mastoid. entstanden), in welchem nach Entfernung eines Sequesters von beträchtlicher Größe sich unter demselben in der ganzen Ausdehnung des Defektes hartes, neugebildetes Gewebe vorfand, welches Vortr. für Knochensubstanz hielt.

9) W. Serenin (Moskau). Über die Verwendung von Nähten aus Renthiersehnen.

Vortr. empfiehlt die Anfertigung von Fäden zu Nähten und Ligaturen aus der Nackensehne des Renthieres, welche fast gar keine elastischen Fasern enthält und aus straffem fibrillärem Bindegewebe mit geringer Beimengung von lockerem Zwischengewebe besteht, daher im Gegensatze zur Seide schnell und ohne Rückstand resorbirt wird und sich viel sicherer sterilisiren lässt, als Katgut. Die Anwendung solcher Fäden seitens des Vortr. bei 200 verschiedenartigen Operationen an allen möglichen Körpertheilen führte fast immer zu prima intentio; erhebliche Dienste leisteten dieselben namentlich bei Versenkungsnähten und bei Operationen an Gegenden, wo die Nähte hernach schwer zu entfernen sind, wie z. B. an der Scheide. Nur an stark gespannten Geweben zog der Gebrauch dicker Sehnenfäden nicht selten Gangränescenz und Eiterung nach sich. Ein weiterer Nachtheil liegt darin, dass die Fäden in verschiedenen Zeiträumen resorbirt werden, je nach Dicke, Gehalt an lockerem Bindegewebe und elastischen Fasern; auch sind sie bei Ge-

weben mit geschwächter vitaler Energie nicht verwendbar, da hier auch die Resorptionsfähigkeit herabgesetzt zu sein pflegt.

10) W. Serenin (Moskau). Über die Entfernung des Ganglion Gasseri.

Vortr. vollführte die totale Exstirpation des Ganglion Gasseri nach Krause bei einer 63jährigen Frau, welche bereits mehr als 13 Jahre an Trigeminusneuralgie litt, die sich nach 2maliger Operation (Resektion des N. mandibularis am Kieferwinkel und partielle Resektion des III. Astes am Foramen ovale) immer wieder einstellte. Die Art. meningea media wurde mit großer Mühe unterbunden, heftige Blutung durch Tamponade gestillt. Verletzung der Dura mater an 2 Stellen. Ligaturen aus Renthiersehnen am 12. Tage abgenommen. Heilung per primam. Die Schmerzen schwanden gänzlich. Parästhesien in der betreffenden Gesichtshälfte. Mikroskopisch zeigte das exstirpirte Ganglion das Bild der Atrophie und Sklerose.

Zur Bloßlegung des Ganglion Gasseri empfiehlt Vortr., bei dem II. Aste angelangt, die Capsula Meckeli vorsichtig zu spalten, wodurch das Ganglion mit den Ästen isolirt wird.

11) K. Sapesko (Kiew). Über Exstirpation des Ganglion Gasseri.

Vortr. empfiehlt bei der Exstirpation des Ganglion Gasseri folgendes, von ihm in einem äußerst schweren Falle mit Erfolg angewandtes Verfahren: Unterbindung der Art. carotis, Bildung eines halbkreisförmigen Knochen-Muskel-Hautlappens in der Schläfengegend; Durchtrennung des Arc. zygomat. an beiden Enden; Erweiterung der Trepanationsöffnung mit der Luer'schen Zange nach unten zu, inkl. die Außenwand des Foramen rotundum et ovale; Eröffnung der Ganglionkapsel zwischen den Ästen II und III, Abtrennung derselben von der oberen äußeren Fläche des Ganglion, dann von der unteren; Entfernung der Ganglionreste durch Ausschaben der Kapsel und Abreißen des Nervs. Schließlich werden die Äste II und III möglichst weit aufwärts isolirt und mitsammt dem Ganglion durch die Schnittwunde für die Art. carotis herausgezogen.

12) A. Kissel (Moskau). Behandlung der Noma bei Kindern.

Vortr. erzielte bei nomakranken Kindern eine verhältnismäßig geringe Mortalitätsziffer (33,3%) mit folgender Behandlungsmethode: Ausschaben des gangränescirten Gebietes mit scharfem Löffel, dann Auswaschen mit Kalipermanganatlösung 1 : 4000, schließlich Bereiben der Wundfläche mit Jodoform. Reichliche Nahrung, Ventilation. Die Ausschabung wird je nach Bedarf eingestellt oder wiederholt, die sonstige Behandlung täglich erneuert.

13) A. Bobroff (Moskau). Über die Behandlung des Kropfes.

Vortr. operirte in 7 Jahren 60 Kropfkranke, von denen 57 genasen, 3 zu Grunde gingen (an Komplikationen). Nur in einem Falle lag totale Degeneration der Drüse vor, sonst stets bloß partielle, darunter 49mal Struma parenchymatosa, 10mal Struma cystica. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle bildeten die degenerirten Theile eingekapselte Knoten. In der Regel wurde Enukleation der Strumektomie vorgezogen, wobei niemals Cachexia strumipriva eintrat.

Bei kleinem Kropfe ist vertikale oder schräge Incision, bei großem horizontale vorzuziehen. Die Gefäßunterbindungen dürfen nicht sehr fest angezogen werden, sonst tritt leicht Nekrose ein.

Bei unvollständigem Vernähen der Wunde und Einführung von Gazestreifen erfolgt nach der Operation gewöhnlich keine Temperatursteigerung.

14) A. Prokunin. Operative Wege in die Rachenhöhle vom Halse aus.

Vortr. räth, beim Eindringen in die Rachenhöhle vom Halse aus mit der sublingualen Pharyngotomie zu beginnen und dann erst im Nothfalle dem horizontalen Schnitte noch andere beizufügen. Bei im oberen Theile der Rachen-Kehlkopfhöhle lokalisirten Geschwülsten sind Querschnitt und Schnitt nach Valass zu kombiniren. Das Küster'sche Verfahren ist nur bei ausgedehnten Geschwülsten, die bis in die Speiseröhre hineinreichen, anzuwenden.

15) J. Spisharny (Moskau). Über Halsrippen.

Vortr. beobachtete 4 Fälle von Halsrippen, von denen 2 auch skiaskopisch diagnosticirt wurden. In diesen 2 Fällen war jedes Mal die linke Rippe wohlentwickelt, in einem derselben auch die rechte vorhanden, jedoch in rudimentärer Form. In beiden Fällen lag linksseitige Skoliose des Hals- und oberen Brusttheiles der Wirbelsäule vor, was wohl mit der abnormen Rippenbildung in engem genetischen Zusammenhange stehen muss.

16) K. Solowjoff (Moskau). Zur Frage der Behandlung traumatischer Verletzungen der Wirbelsäule.

In 2 Fällen traumatischer Rückgratsverletzung mit Lähmung der unteren Extremitäten wandte Vortr. mit gutem Erfolge Extension auf schiefer Ebene an. Die Ebene bildete mit dem Horizonte einen Winkel von 45°. Dieselbe wurde aus einem gewöhnlichen Krankenbette konstruirt in der Weise, dass obiger Winkel nach Belieben von 45° bis 0° vermindert werden konnte, wodurch der Zug je nach Bedürfnis verstärkt oder abgeschwächt wurde. Dabei wurden Kopf oder Schultern des Kranken am Kopfende der Ebene fixirt. Dieselbe Behandlung empfiehlt Vortr. bei Frakturen mit Dislokation der Bruchenden.

17) N. Bogojawlensky (Moskau). Zur Frage der Bauchwandschnitte bei Laparotomien.

Vortr. operirte zur Entscheidung der Frage, wie bei Laparotomien der Schnitt am besten zu führen sei, 4 Kaninchen und 19 Hunde, und kam zur Überzeugung, dass dabei folgende Regeln beobachtet werden müssen:

1) Die motorischen Nerven sind nach Möglichkeit zu schonen; 2) die Muskel- und Sehnenlagen längs dem Faserverlaufe zu durchtrennen.

Diesen Vorschriften genügen am besten:

1) Schnitt in der Mittellinie mit nachfolgender Resektion der Linea alba (Methode von Prof. La Torre); 2) Schnitt nach Burney: Die Muskelschichten werden an den der Bauchhöhle zugewandten Flächen in der Faserrichtung durchschnitten oder mit stumpfem Instrumente getrennt.

18) J. Simonowitz (Elisabethgrad). Eine abnehmbare Naht tiefer Bauchwunden.

Beim Vernähen der tiefen Schichten von Bauchschnittwunden benutzt Vortr. zur Verhütung von Infektion und, um die Zahl der Nadelstiche möglichst zu beschränken, eine besondere Vorrichtung, wobei die Rolle mit dem Faden in einem Hohlraume im Innern des Nadelhalters versteckt bleibt. Das freie Ende des Fadens wird fixirt, die Nadel durch beide Wundränder geführt, dann wieder zurückgezogen, so dass der Faden an der einen Seite der Wunde eine Schlinge bildet. An der anderen Seite befinden sich die beiden Enden des Fadens, von denen das eine befestigt ist. Der 2. Einstich wird 1—2 cm unter dem 1. und in derselben Weise vollführt, nur dass die Nadel erst durch die obere Schlinge durchgezogen und dann zurückgeführt wird. So lässt sich kontinuirlich die ganze Wunde vernähen.

19) N. Trinkler (Charkow). Zur Kasuistik der Gekrösgeschwülste.

Vortr. demonstrirte eine kindskopfgroße Gekrösgeschwulst, welche zwischen den Blättern des Dünndarmmesenteriums befindlich und so fest mit denselben verwachsen gewesen war, dass bei der Operation 65 cm Darmschlingen resecirt werden mussten. Wegen partieller Nekrose kam es später zur Resektion weiterer 20 cm Dünndarm. Pat. genas vollständig. Die Geschwulst stellte sich als polymorphes Sarcoma reticulare cellulare heraus. Lokalisation und auch ungefähren Charakter desselben hatte Vortr. noch vor der Operation festgestellt. Die vernähten Gedärme sollten einige Tage nach dergleichen Operationen außerhalb der Bauchhöhle fixirt gehalten werden, um den Verlauf der Heilung verfolgen zu können.

20) W. Rasumowsky (Kasan). Zur Frage der Prognose bei Gekrösgeschwülsten.

Vortr. hatte die Möglichkeit, in einem Falle 2mal von ihm operirter Gekrösgeschwult den Pat. 3 Jahre lang im Auge zu behalten. Bei der 1. Operation war

eine Geschwulst von der Größe eines mittleren Mannskopfes entfernt und 48 cm Darm resecirt worden (Myxoma cellulare). 2 Jahre später erforderte eine schnell wachsende Recidivgeschwulst bei demselben Kranken eine 2. Operation. Diese Geschwulst (Myxoma fibrosum) war etwas kleiner, doch musste ein zweites Darmstück von der gleichen Länge resecirt werden. Laut 5 Monate später eingetroffener Nachricht war Pat. gesund und arbeitstüchtig.

21) K. Sapeshko (Kiew). Über Magenresektion.

Vortr. wandte 2mal bei Magenresektionen folgendes Verfahren an: An den Stellen, wo die Schnitte bevorstanden, wurden sowohl Magen als Darm unterbunden, und zwar die Lichtungen verschlossen, Serosa und Muscularis durchschnitten und die unversehrte Schleimhaut mit Metalldraht zugeschnürt, worauf dann die beiden ersteren wieder vernäht wurden. Im weiteren Verfahren hielt sich Vortr. an die 2. Billroth'sche Methode. Nach Abtragung des Pylorus wurden Magen und Duodenum blind vernäht und Gastroenterostomose hergestellt.

Bei der 1. Operation wurde eine Geschwulst von der Größe einer Citrone entfernt, worauf dann Pat. sich vollkommener Gesundheit erfreute.

22) W. Rasumowsky (Kasan). Ein Fall von Gastropexie.

Vortr. empfiehlt namentlich bei Blasenoperationen und Leberechinokokken temporäre Fixation der vernähten Bauchorgane an die Bauchwand, wobei er die eigen erfundene, durchschlungene, kontinuirliche Naht anwendet. Solche Nähte lassen sich sehr leicht und einfach abnehmen, womit dann bei Eintritt von Komplikationen die jedenfalls nicht ungefährliche 2. Laparotomie unnöthig wird; so lässt sich ohne große Gefahr totaler Verschluss der Bauchwunde bewerkstelligen. Die bei Fixation eintretende Verwachsung, z. B. des Echinokokkensackes mit der vorderen Bauchwand, hält Vortr. für ungefährlich, um so mehr, als sie nach Entfernung der Naht häufig ganz zurückgeht. Als bestes Material für solche Nähte hat sich Silberdraht erwiesen.

Aus 27 Fällen eigener, nach verschiedenen Methoden operirter Echinokokken gewann Vortr. die Überzeugung, dass bei Wundverschluss die Fixation stets am Platze ist und erhebliche Dienste leistet, da sie die Möglichkeit giebt, im Nothfalle von der geschlossenen zur offenen Wundheilung überzugehen.

23) Birstein (Torshok). Zur Kasuistik der chirurgischen Behandlung der Pylorusstenose.

Vortr. berichtet über 6 Gastroenterostomosen und 3 Magenresektionen. Von den ersteren handelte es sich in 5 Fällen um narbige, in 1 Falle um cancröse Pylorusstenosen. In allen diesen Fällen wandte Vortr. die Gastroenterostomosis retrocolica posterior nach v. Hacker an. An Darm und Magen wurden dabei Doyen'sche Klemmen angelegt. Sämmtliche Operirte konstatirten Besserung ihres Zustandes, die Magensymptome schwanden und kehrten bei 3 Pat. im Laufe von 3—5 Monaten nicht wieder.

Durch Magenresektionen wurden 3mal Pyloruskrebse entfernt. In 2 Fällen trat Genesung ein, im 3. Falle Tod.

24) J. Saritschew (Moskau). Über Darmverletzungen.

Vortr. beobachtete im Laufe des Jahres 1900 8 Fälle traumatischer, meist subkutaner Darmverletzungen, von denen er 5 operativ behandelte. 2 nicht operirte Fälle nahmen tödlichen Ausgang, in einem nicht operirten Falle trat Genesung ein. Von den operirten Kranken genas einer, trotzdem Perforation der Darmwand vorlag (er war 8 Stunden nach der Verletzung operirt worden), alle übrigen erlagen. Vortr. zieht aus seinen Beobachtungen folgende Schlüsse:

1) Subkutane Darmverletzungen sind auf Grund der gewöhnlichen Symptome nicht zu diagnosticiren.

2) Große diagnostische Bedeutung haben Spannung der vorderen Bauchmuskeln, Schmerzen bei Untersuchung per rectum und Eiweiß im Harn.

3) Die Darmrissstelle entspricht häufig nicht dem Orte der traumatischen Einwirkung.



4) Das Aussehen der Wunde entspricht nicht dem Charakter des Insultes.
5) Die Operation ist möglichst bald nach Verletzung vorzunehmen, wenn auch nur zum Zwecke der Diagnosestellung.

25) A. Deschin (Moskau). Die Anatomie der Nabelgegend im Zusammenhange mit der Frage der Nabelbrüche.

Vortr. fand bei Untersuchung von 30 Leichen in 14 Fällen im Nabelringe mehr oder weniger ausgeprägte Bauchfelldivertikel mit meist spaltförmiger Pforte. Was die Nabelfascie betrifft, so war sie 7mal so beschaffen, wie es Richet beschreibt, 4mal fehlte sie gänzlich, in 3 Fällen hatte sie die Gestalt vereinzelter Fasern, in den übrigen zeigte sie die Form einer 1,5—6 cm breiten Platte. In 10 Fällen ließen sich an der Linea alba, meist oberhalb des Nabels, oder seitlich, Spalten und Taschen von elliptischer Form konstatiren.

26) Bogajewsky (Krementschuk). Über die Hernien der weißen Bauchlinie.

Vortr. berichtet über 10 typische Fälle von ihm operirter Hernia lineae albae. Gewöhnlich erwiesen sich die größeren Hernien als reponirbar, die kleinen dagegen nicht. Die Ursache ihrer Entstehung ist zumeist Trauma, welches von außen oder innen einwirken kann. Die Pat. waren alle im blühendsten Alter. Die Brüche waren von Erbsen- bis Kindsfaustgröße, ihr Inhalt: 6mal Netz, 3mal Stücke des Ligam. teres, 1mal fehlte jeder Inhalt. In 5 Fällen wurde partielle Resektion des Netzes vorgenommen. Sämmtliche Operirte genasen. Die häufigsten Beschwerden waren heftige Schmerzen im Epigastrium und verschiedene nervöse Erscheinungen, während sich die Pat. durch kräftigen Körperbau und gute Ernährung auszeichneten. Die Operation erwies sich als völlig gefahrlos; durch dieselbe wurden alle Beschwerden radikal beseitigt.

27) N. Lyssenkoff (Moskau). Einige Worte anlässlich der Vorgefäßschenkelbrüche und multiplen Bauchbrüche.

Vortr. demonstrirte eine an der Leiche eines 70jährigen Mannes beiläufig bemerkte seltene Form von Schenkelbruch, welcher mit breiter Basis (6 cm) den ganzen Raum der Gefäßlakune einnahm, vom seitlichen Winkel bis zum Gimbernat'schen Bande. Der Bruchsack lag vor der A. et V. femor., von der Vorderwand ihrer Hülle und dem hochliegenden Blatte der breiten Fascie bedeckt und hatte die Form eines Bogens, dessen Sehne das Poupart'sche Band bildete. Die Pforte des Bruchsackes war spaltförmig, ihre Form entsprach der Gefäßlakune. Die Hernie war also den Gefäßen vorgelagert, wie die von Narath beschriebenen.

28) P. Solowoff (Moskau). Über Darmblutungen bei incarcerirten Hernien.

Vortr. beschreibt einen Fall von Darmblutung bei eingeklemmtem Leistenbruche, welche nach vom Pat. selbst ausgeführten Repositionsversuchen eingetreten war. Operation. Im Bruchsacke etwa $^1/_2$ Glas blutiger Flüssigkeit. Eine Darmschlinge zeigte violette Färbung und subseröse Ekchymosen. Reposition der ausgetretenen Schlingen. Bis zum Abend hielt blutige, halbflüssige Defäkation an, dann aber vollzog sich die Genesung bald und ungestört. Als Ursache der Blutung wird vom Vortr. venöse Stauung angesprochen, wobei die Manipulationen des Pat. mitgewirkt haben mögen.

29) N. Skliffassowski (Petersburg). Über die in den letzten 4 Jahren im Kaiserl. klinischen Institute in Petersburg ausgeführten Radikaloperationen von Hernien.

Im Ganzen wurden radikal operirt 65,

darunter nach	Bassini	39,
» »	Kocher	23,
» »	Lucas-Championnière	2,
» »	Rasumowsky	1.

Im Zustande der Incarceration wurden operirt 3.
Recidive gaben: nach Bassini Operirte in $2^1/_2$% aller Fälle,
» Kocher » » 30% » »
Nach der Operation trat Eiterung ein bei
nach Bassini Operirten in 6 Fällen,
» Kocher » » 1 Falle,
» Lucas-Championnière » » 1 »
8 Fälle.

30) S. Beresowsky (Moskau). Über die Operationsmethoden bei großen äußeren Leistenbrüchen.

Vortr. operirte große Leistenbrüche mit weiter Bruchsackpforte nach einer Methode, welche eine Kombination der Kocher'schen und Bassini'schen darstellt. Vom Samenstrange wird nur der Bruchsackhals in möglichst großer Ausdehnung abgetrennt und am Poupart'schen Bande befestigt. Nach dieser Methode sind bei 4 Operationen günstige Resultate erzielt worden. Als einzig rationelles Mittel, um Recidiven vorzubeugen, wird Massage angewandt.

31) M. Pudneff (Moskau). Zur Bakteriologie der Appendicitis.

Vortr. untersuchte in 80 Fällen operirter Appendicitis den Inhalt des Wurmfortsatzes in bakteriologischer Beziehung. In 50% der Fälle wurde Bact. coli comm. nachgewiesen, in 48% Staphylococcus pyogenes aureus, albus et citreus, in 10% Streptococcus (darunter 4% in Reinkultur), in 8% Diplococcus Fraenkeli (2% Reinkultur). In 30% lagen Kombinationen von Staphylococcus pyog. albus und Bact. coli comm. vor. In 8% wurden Anaëroben angetroffen, und zwar stets mit Aëroben vergesellschaftet. Die Fälle, in welchen nur das Bact. coli gefunden wurde, waren klinisch als leichteste Formen charakterisirt; bei Kombination desselben mit Streptokokken war der klinische Verlauf ein stürmischer und tiefgreifende anatomische Veränderungen (reichliche Verwachsungen und starke Infiltration) nachweisbar. In einem Falle lag Aktinomykosis vor, in 8 Fällen wurden Tuberkelbacillen, stets mit anderen Formen kombinirt, nachgewiesen.

32) Zoege von Manteuffel (Dorpat). Über die Behandlung der Perityphlitis.

Vortr. hält an der Eintheilung der Appendicitiden in 1) katarrhalische, 2) eitrige und 3) gangränöse fest. Bei der 1. Form ist die Operation gleich nach Ablauf des ersten akuten Anfalles zu vollführen. Bei der 2. Form ist die Operation erst durch Behandlung mit heißen Säcken im Laufe von 2—3 Wochen vorzubereiten. Extraperitoneale Abscesse und gangränöse Erscheinungen erfordern schnelles Operiren. Bei diffuser Peritonitis soll nicht operirt werden.

33) R. Wreden (Petersburg). Radikale operative Behandlung der Appendicitis in der Remissionsperiode.

Vortr. führt die Radikaloperation bei Appendicitis in folgender Weise aus: Bogenförmiger Schnitt von der 11. Rippe bis zum äußeren Rande des M. obliq. abd. ext. 2fingerbreit oberhalb des Lig. Pouparti. Die Aponeurose des M. obliq. ext. wird 1 cm nach außen von dem Rande des M. rectus durchtrennt, das vordere Blatt der Rectusscheide längs dessen äußerem Rande gespalten, dann hinter dem M. rectus durch vertikalen Schnitt die Bauchhöhle eröffnet und der Wurmfortsatz entfernt. 4 Schichten Nähte. In 7 Fällen wurden nach dieser Methode gute Resultate erzielt.

34) O. Schiemann (Dorpat). Volvulus coeci.

Vortr. hatte im Laufe dreier Jahre 7 Fälle von Volvulus coeci in Behandlung, von denen 3 Gangrän im Gefolge hatten. In 3 Fällen wurde zu Darmresektionen geschritten, in den übrigen bloß Reposition und Fixation ausgeführt, in einem Falle musste ein Kunstafter angelegt werden. Von den Operirten genasen 4, starben 3.

Vortr. erscheint es von größter Wichtigkeit, über den Zustand der Peristaltik ein Urtheil zu gewinnen (bei Sistiren derselben ist Resektion indicirt); desshalb

sollten Eis und Opium vermieden werden, da dieselben künstliches Aufhören der Peristaltik verursachen.

35) A. Tauber (Warschau). Über eine neue Operation der Bauchhöhle bei krebsiger Entartung des Mastdarmes.

Vortr. operirte in 10 Fällen krebsiger Entartung des Mastdarmes nach den gewöhnlichen Methoden; er erhielt dabei sehr ungünstige Resultate (1 Tod, 3 Recidive, in den übrigen Fällen Unfähigkeit, den Koth zu halten) und wandte daher in 3 neuen Fällen folgendes Verfahren an: Bauchschnitt längs dem linken Lig. Pouparti; die Flexura sigmoidea wird mit dem Mesenterium herausgezogen und in der Bauchwunde befestigt, die einander anliegenden Flächen der Darmschlinge vernäht F. so, dass der Höhepunkt der so gebildeten Kuppel an der Grenze zwischen S romanum und Mastdarm zu liegen kommt. Die Wölbung der Schlinge wird alsdann in eine 2. Bauchwunde eingenäht und hier nach 48 Stunden mit dem Thermokauter eine Öffnung angelegt.

In allen 3 Fällen günstiger Verlauf: Defäkation bei Anwendung von Irrigation 2mal täglich; Koth von normaler Konsistenz, willkürlich verhalten, gerieth nicht in den Mastdarm. Bei der Autopsie eines der Operirten ließ sich im unteren Theile der Flexura sigmoidea eine ampullenförmige Erweiterung nachweisen.

36) A. Sujetinow (Twer). Pathologische Anatomie und chirurgische Behandlung der Hämorrhoiden.

Vortr. überzeugte sich mittels histologischer Untersuchung operirter Hämorrhoiden, dass dieselben in allen Fällen auf variköse Erweiterung der Darmvenen zurückzuführen sind. In 181 Krankheitsgeschichten waren nach der Radikaloperation nach Whitehead 19mal Harnretention, in 4 Fällen geringe Nachblutungen, 16mal Unfähigkeit, dem Defäkationsreize lange zu widerstehen, konstatirt. Keine tödlichen Ausgänge, keine Recidive.

37) R. Wreden (Petersburg). Achsendrehung des Mastdarmes als Heilverfahren bei Mastdarmvorfall.

Bei Vorfall der Mastdarmwand empfiehlt Vortr. operative spiralige Achsendrehung derselben, durch welche in einfacher Weise Verengerungen der Afterlichtung nicht narbigen Charakters und Fixirung des Mastdarmes, welche die nunmehr spiralig laufenden Fasern des M. levator ani am Vorfalle hindern, erreicht wird.

38) N. Napalkow (Moskau). Über die chirurgische Behandlung des Mastdarmvorfalles.

Vortr. kam bei Versuchen an Leichen auf folgende Operationsmethode bei Mastdarmvorfall: Durch bogenförmigen Schnitt vor dem After wird das sehnige Centrum des Dammes bis zur unteren Fläche des Beckendiaphragmas durchtrennt. Zu beiden Seiten des Mastdarmes wird dann mittels von vorn nach hinten durchgeführter Nähte, welche in die Mastdarmwand mit eingreifen, je eine Falte des muskulösen Beckengrundes hergestellt. Von den Nähten wird das eine Ende abgeschnitten, das andere mit dem entsprechenden Ende der 2. Naht vor dem Darme verknüpft, wodurch der vorfallende Abschnitt des Mastdarmes oberhalb des Beckendiaphragmas fixirt bleibt.

39) G. Wolynzew (Moskau). Einige Versuche künstlicher Gallensteinbildung und Entfernung der Gallenblase.

Experimente an Hunden ergaben, dass weder Unterbindung des Gallenganges, noch Befestigung der Gallenblase an der Bauchwand, noch Einführung steriler Fremdkörper in die Blase die Bildung von Gallensteinen nach sich ziehen; auch inficirte Fremdkörper führen an sich noch nicht zur Entstehung von Gallensteinen. Nach Resektion der Gallenblase bei Hunden erweitert sich das der Leber zugewandte breite Ende des Gallenganges birnenförmig, die Gestalt der Blase nachahmend.



40) B. Koslowsky (Smela). Chirurgische Behandlung des Ascites bei atrophischer Lebercirrhose.

Um das Zustandekommen kollateraler Blutwege, wie es bei spontaner Heilung von Ascites bei Lebercirrhose beobachtet wird, zu fördern, nahm Vortr. in 3 zugehörigen Fällen zur Operation der Einnähung des Netzes in die Bauchwunde seine Zuflucht. In 2 Fällen war keine wesentliche Besserung zu konstatiren, in einem Falle jedoch wurde völlige Resorption des Transsudates erreicht.

Vortr. hält diese Operation nur in solchen Fällen für angezeigt, wo keine Komplikationen seitens der anderen inneren Organe vorliegen.

41) S. Fjodorow (Moskau). Über die chirurgische Behandlung der Hydronephrose.

Vortr. berichtet über 7 Fälle operativ behandelter Hydronephrose. 3mal wurde der hydronephrotische Sack entleert und eine Nierenfistel angelegt. In 2 Fällen wurde nach Bauchschnitt resecirt, worauf der eine Pat. genas, der andere an Bauchfellentzündung zu Grunde ging. Im 6. Falle wurde vom Lendenschnitte aus die Bauchhöhle eröffnet und aus dem Harnleiter ein erbsengroßer Stein entfernt; auf diesem Wege kam es zu völliger Genesung. Im 7. Falle gelang es durch Katheterisation des Harnleiters, die Flüssigkeit aus dem Nierenbecken zu entfernen und so wesentliche Besserung zu erzielen.

42) M. Subbotin (Petersburg). Bildung einer künstlichen Harnblase und Harnröhre mit Sphinkter aus dem Mastdarme bei Ektopien, Epispadien und Incontinentia urinae überhaupt.

Vortr. führte in einem Falle hoher Epispadie mit Incontinentia urinae bei einem 14jährigen Knaben folgende Operation aus:

1) Schnitt von hinten aus durch Haut, Mastdarm und After. Entfernung des Steißbeines. Bloßlegung der vorderen Mastdarmwand. — 2) Schnitt (3 cm lang) unmittelbar oberhalb des Sphincter ani ext. durch vordere Mastdarm- und hintere Blasenwand. Umnähung der so gebildeten Öffnung. — 3) Rings um diese Öffnung hufeisenförmiger Schnitt durch Schleimhaut, $^1/_3$ des Mastdarmumfanges breit. Der so entstandene Schleimhautlappen wird etwas von der Muscularis abgetrennt. — 4) Kontinuirliche Vernähung erst der vorderen Ränder des Schleimhautlappens, dann der Muscularis, schließlich der hinteren Lappenränder. Bildung einer vom hinteren Theile des Mastdarmes völlig abgesonderten Höhle (Nebenharnblase) mit äußerer Öffnung am Damme. 5) Vernähung des hinteren Mastdarmschnittes. 6) Nähte an die Hautwunde angelegt. Drain in den After, Verweilkatheter in die natürliche Öffnung der Harnblase eingeführt.

Heilung per primam. Urin klar, kann willkürlich gehalten und mit Zuhilfenahme der Bauchpresse entleert werden. Zwischen Koththeil und Harntheil des Darmes keine Kommunikation. Kapacität der »Nebenblase« über 100 ccm. Kothentleerung normal. Angeborene Blasenöffnung durch Transplantation vom Hodensacke genommener Haut bedeutend verkleinert.

43) W. Losin (Pensa). Über Sectio alta mit Anlegung einer Blasennaht.

Von 72 Operirten starben bei hermetischer Vernähung der Blase 8,3%, darunter 2,7% nachweisbar in Folge der Operation. Die Anwendung von Seide gab prima intentio in 60% der Fälle, Metallnähte nach Rasumowsky in 76%. 17mal bildeten sich Fisteln. Die Heilung trat durchschnittlich am 18. Tage ein. Vortr. empfiehlt völlige Vernähung der Blase bei Sectio alta in allen Fällen, wo nicht sehr schlaffe Blasenwandung vorliegt; die besten Resultate giebt die Methode Rasumowsky's (Metallnähte und Befestigung der Blase an die Bauchwand).

44) L. Alexandroff (Moskau). Lithotripsie im Kindesalter.

282 im Laufe von 4 Jahren vom Vortr. ausgeführte Litholapaxien bei Kindern im mittleren Alter von 4,3 Jahren ergaben eine Sterblichkeit von 2,4%. Durchschnittliche Größe der Blasensteine 1,5—2,0 cm. Der Harn war meist normal (in 35 Fällen alkalisch).



Nach der Operation traten häufig Erscheinungen von Dysurie auf, und zeigte sich Blut im Harn. Am 4. Tage wurden die Pat. gewöhnlich als geheilt entlassen.

Die Sterbefälle waren sämmtlich durch Verletzung der Urethra posterior hervorgerufen. Nach diesem Materiale zu urtheilen, scheint Vortr. die Litholapaxie für Kinder die geeignetste Operationsart, und dürfte nur bei hochgradiger Enge der Harnröhre oder sehr umfangreichen Steinen von derselben Abstand genommen werden.

45) T. Krassnobajew (Moskau). Über die Resultate von 117 Lithotripsien bei Kindern.

Durchschnittsalter der operirten Kinder 4,2 Jahre. Bei 117 Lithotripsien nur 2 tödliche Ausgänge (1,7%).

Schlüsse: 1) Alle Lithotripsien bei Kindern sollten zu Genesung führen; 2) Kontraindikationen sind äußerst selten; 3) die Operation erfordert eine Nachbehandlung von minimaler Kürze (durchschnittlich 3,8 Tage); 4) sie giebt keine Veranlassung zu Recidiven (1mal); 5) die Litholapaxie sollte bei Kindern die Lithotomie verdrängen, bis auf wenige Ausnahmefälle.

46) K. Horn (Petersburg). Über die Behandlung von Klumpfuß und Spitzfuß in der Gegenwart.

Vortr. berichtet über 3 von ihm operirte Fälle von Pes equinus. Die Fascia plantaris wurde offen durchschnitten, die Wölbung auf dem Wege modellirenden Redressements vorsichtig ausgeglichen, die Achillessehne subkutan durchschnitten. Nähte, Gipsverband, Fixirung des Fußes rechtwinklig zum Unterschenkel.

Resultate: 1) Pat., 18 Jahre alt, läuft, tanzt, verbringt ganze Tage auf den Beinen; 2) Dame, 26 Jahre alt, vor 2 Wochen operirt, geht ohne Schmerzen, Fuß in befriedigendem Zustande; 3) Operation ganz vor Kurzem ausgeführt.

---

11) **Sakchejew.** Ein Fall von besonders großem Fremdkörper in der Nase (Rhinolith).

(Chirurgia Bd. VI. p. 3. [Russisch.]).

Einem 37jährigen Manne wurde ein Nasenstein aus der Nase entfernt, der als Kern einen Baumast von 6 cm enthielt, der dem Pat. vor 19 Jahren bei einem Falle in die Nase gedrungen war. Die Kalkschicht hatte eine Stärke von $^1/_2$—4 mm.

Egbert Braatz (Königsberg i/Pr.).

12) **A. Ruault.** Corps étranger des fosses nasales ayant donné lieu aux symptômes d'une méningite tuberculeuse.

(Revue hebdom. de laryngol. 1900. No. 50.)

Ein 4jähriges Kind erkrankte unter Fieber, heftigem Kopfschmerz, Erbrechen, häufiges Aufschreien, rückwärtiger Kopfhaltung. Bei genauer Nachforschung stellt sich heraus, dass Pat. sich vor 14 Tagen eine Eichel in die Nase gesteckt. Entfernung des Fremdkörpers bewirkt völliges Verschwinden der erwähnten, meningitischen Symptome. **F. Alexander** (Straßburg i/E.).

13) **J. Toubert.** Un cas de sinuisite sphénoidale à symptomes frustes, terminée par méningite suppurée mortelle et diagnostiquée seulement par l'autopsie.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1900. No. 37.)

Im Gefolge einer mit Bronchitis komplicirten Angina erkrankt ein bis dahin gesunder, kräftiger Mann von 22 Jahren an einer heftigen Mittelohreiterung; nach Paracentese im Verlaufe von 2 Wochen Heilung. Nach 3 Wochen Recidiv; auch dies heilt rasch ab. Kurze Zeit danach plötzliches Auftreten von intensivstem Kopfschmerz, hohem, remittirendem Fieber (bis 41,2°) und Erbrechen. Warzenfortsatz bietet keinerlei Veränderungen, Augenhintergrund, Bauch-, Brustorgane frei. Nach 12 Tagen Tod.

Bei der Autopsie fand sich, abgesehen von einer geringen Hypostase beider Lungen, eine ausgebreitete, basilare Meningitis und ein Empyem der beiden Keilbeinhöhlen. An Dach oder Wänden der Keilbeinhöhle war keine Perforation nachweisbar, nur das Septum zwischen beiden Höhlen war fast völlig zerstört. Die venösen Bahnen waren frei von pathologischen Veränderungen. Verf. nimmt eine Verbreitung der Infektion auf dem Lymphwege an und hebt die Unmöglichkeit der Behandlung derartiger Fälle hervor; ob ihre Diagnose bei genauer Untersuchung der Nase gleichfalls immer, wie Verf. meint, außerhalb des Erreichbaren liegt, bleibe dahingestellt. **F. Alexander** (Straßburg i/E.).

14) **G. Liaras.** Molaire implantée dans la paroi orbitaire du sinus maxillaire gauche.

(Rev. hebdom. de laryngol. 1900. No. 43.)

Verf. beschreibt einen sehr seltenen Fall von Ektopie eines Zahnes in der Highmorshöhle. Der Krankheitsverlauf ist kurz folgender: 45jähriger Mann mit einer seit 20 Jahren bestehenden, schmerzlosen, nussgroßen Geschwulst der lateralen Fläche des linken Oberkiefers; vor 4 Jahren sei dieselbe geplatzt und hierbei dicker Eiter entleert worden, seitdem mehrmals Wiederansammlung und Entleerung des Eiters. Seit Kurzem stärkere Anschwellung mit Infiltration von Wange und Zahnfleisch. Auftreibnng der vorderen und orbitalen Wand der Kieferhöhle. Kein cariöser Zahn, der 1. Molaris fehlt; man kommt an dieser Stelle in eine Höhle, scheinbar auf weiche Massen. In der Nase keine Veränderungen. Bei Durchleuchtung erwies sich die Gegend der linken Kieferhöhle dunkler, Probepunktion mit folgender Durchspülung ergab etwas krümeligen Eiter. Während die Auftreibung der vorderen und orbitalen Fläche an eine Neubildung des Oberkiefers oder der Oberkieferhöhle denken ließ, fehlte eine solche der nasalen Wand und kam in Rücksicht auf die erwähnte Fistel eine abscedirte Zahncyste mit Entzündung der Highmorshöhle in Betracht. Bei Eröffnung der letzteren von der vorderen Wand aus fand sich etwas käsiger Eiter und ein in der orbitalen Wand sitzender Zahn, der in die Kieferhöhle hineinragte; die Schleimhaut derselben war fast intakt. Durchspülungen. Obturator. **F. Alexander** (Straßburg i/E).

15) **Thöle.** Mucoidcyste in der Fossa canina des Oberkiefers.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 129.)

T. exstirpirte einem Vicefeldwebel (Alter nicht angegeben) eine hühnereigroße, auf der linken Fossa canina submukös gelegene Schleimcyste, welche außer einer seit einigen Jahren sichtbaren Backenhervorwölbung keine Krankheitserscheinungen gemacht hatte. Die Operation bot keine Schwierigkeit. Hinten auf dem Knochen konnte die dünne Cystenwand nur mit gleichzeitiger Entfernung des mit ihr verschmolzenen Periostes exstirpirt werden. Im Cysteninhalte findet sich körniger Detritus und Plattenepithelien. Die Cysteninnenwand trägt Plattenepithel, welches auf der vorderen Geschwulstfläche mehrschichtig ist und Höcker und Warzen bildet, an einer Stelle auch tiefe epitheliale Einsenkungen zeigt. Ein Bruder des Pat. ist mit linksseitiger Kiefer-Gaumenspalte geboren.

T. deutet die Geschwulst als eine durch eine Entwicklungsstörung beim Schlusse der fötalen Spalte zwischen äußerem Stirnfortsatze und Oberkieferfortsatze entstandene. Sie war ein aus einem »Ento- und Mesodermkeime hervorgegangenes Mucoid« (kein »Dermoid«, zu welchem Coriumelemente, Papillen, Drüsen, Haare gehören). Die nähere Begründung dieser Auffassung findet sich in der kurz gehaltenen Besprechung, in der die durch Entwicklungsstörungen der fötalen Spalten entstehenden, »fissuralen« Krankheitsbildungen erörtert werden. Ein Litteraturverzeichnis von 52 Nummern ist angehängt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

16) **W. A. Ratimow.** Ein Fall von Lymphangiom des weichen Gaumens.

(Annalen der russischen Chirurgie 1900. Hft. 5.)

Die Geschwulst entstand bei der jetzt 41 Jahre alten Pat. vor 14 Jahren und wurde nach 2 Jahren durch den Mund entfernt. Seit 4 Jahren wächst sie von

Neuem; fast der ganze Isthmus faucium ist von ihr ausgefüllt, die sich außen unter dem rechten Kieferwinkel hühnereigroß hervorwölbt. Sie wurde nach vorheriger temporärer Resektion des Unterkiefers entfernt und erwies sich als vielkammeriges Lymphangiom des Zellgewebes zwischen den Muskeln des weichen Gaumens. Die Heilung war nach 35 Tagen vollständig.

In der Litteratur kennt R. nur zwei ähnliche Fälle von Labit (Centrbl. f. Laryngologie 1895 p. 46.) **E. Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

17) **F. Berndt.** Nachtrag zu der Abhandlung: Improvisirter Ersatz des Knochendefektes nach halbseitiger Unterkieferresektion (Exartikulation).

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 1.)

Bei 3 Fällen des Verf. kam zunächst Heilung zu Stande, später stellte sich jedoch eine Fistel ein, welche zur Entfernung der Prothese führte. Nur bei dem 4. Falle liegt die Celluloidprothese jetzt seit $4^1/_2$ Jahren reaktionslos in der geheilten Narbe, macht keine Beschwerden und dient vorzüglich zum Kauen etc. Der Mund kann gut geöffnet und geschlossen werden. Da die Prothese keinen Schatten giebt, konnte B. kein Skiagramm herstellen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

18) **W. W. Schmidt.** Operation der Ankylose des Unterkiefers mit Zwischenlagerung eines Muskellappens.

(Chirurgia Bd. VI. p. 6. [Russisch.])

Die mit gutem Erfolge ausgeführte Operation bestand aus der Resektion eines Stückes des aufsteigenden Unterkieferastes und Zwischenlagerung eines Muskellappens aus dem Masseter nach Rochet. S. giebt diesem Verfahren vor dem Helferich'schen den Vorzug, da die Technik desselben einfacher sei.

Egbert Braatz (Königsberg i/Pr.).

19) **Thöle.** Querdurchtrennung des Ductus thoracicus am Halse. Unterbindung. Heilung ohne Ernährungsstörung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 95.)

T. nahm im Militärlazarette zu Frankfurt a/O. bei einem Füsilier (Alter nicht angegeben!) eine ausgedehnte Exstirpation tuberkulöser Lymphome an der linken Halsseite vor, wobei stark in die Tiefe gegangen wurde, so dass der Vereinigungswinkel zwischen den Vas. subclav. und den Halsadern ausgedehnt freigelegt wurde. Aus dieser Gegend wurden zuletzt noch 2 haselnussgroße Drüsen stumpf ausgelöst. Schon am Abend der Operation starke Durchnässung des Verbandes, weiterhin profuse Entleerung von Chylus, die auch durch feste Wundtamponade nicht hintanzuhalten war. Dabei Fieber bis 39°, Puls 120, starker Durst, Appetitverlust, rapider Kräfteverfall. Desshalb 3 Tage nach dem Eingriffe Aufsuchung und Unterbindung des D. thoracicus. Erweiterung der Wunde mit subperiostaler Ablösung des Cleidomastoideus. Muskeln in der Wunde gelbgrau verfärbt. Freilegung des Venenwinkels, doch sickert die Chylusflüssigkeit viel tiefer hervor, innen vom Scalenus anticus. »Nachdem dieser nach außen gezogen und der hintere Bauch des Omohyoideus durchschnitten ist, sieht man unmittelbar auf dem Querfortsatze etwa des 7. Halswirbels zwischen dem M. longus colli und der Art. vertebralis die Flüssigkeit aus dem halblinsengroßen Querschnitte eines dünnwandigen Gefäßes wasserklar herausquellen. In dasselbe ließ sich eine Sonde in ganzer Länge gerade nach abwärts einführen. Der Gang wird gefasst und so weit frei präparirt, dass er in der 8 cm tiefen Wunde unterbunden werden kann.« Der Stumpf des abführenden Endes wurde nicht aufgesucht. Dasselbe hatte übrigens nie geblutet — die Venenklappen an der Einmündungsstelle waren also sufficient. Pat. überwand den nicht geringen postoperativen Collaps, entfieberte alsbald und genas. — 14 kg Gewichtszunahme in 3 Monaten.

F. erörtert, die einschlägige Litteratur (24 Nummern) heranziehend, die Ductusverletzung im Allgemeinen. Er hat 24 Fälle derselben gefunden. Die gelieferte Besprechung enthält Alles, was darüber zu wissen von Interesse ist.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

20) **Reichard.** Zur Kasuistik der Operationen bei Perikarditis.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VII. Hft. 2 u. 3.)

Zwei von Lindner mit Erfolg operirte Fälle. In dem ersten handelte es sich um ein jauchig-eitriges Exsudat, entstanden durch Stich mit einem Federmesser in den Herzbeutel. Resektion eines 5 cm langen Stückes der linken 3. Rippe, Einlegen von 2 Drains. Heilung. — Im 2. Falle hatte sich nach Influenza und Gelenkrheumatismus ein hämorrhagisch-seröses Exsudat gebildet, das in Übergang zur Vereiterung begriffen war. Resektion des knorpeligen Theiles der 4. linken Rippe und Entleerung des Exsudates. Wegen der heftigen Stöße des vorliegenden Herzens ließ sich ein Drain nicht einführen; zum Offenhalten werden die Schnittränder des Perikards an das Perichondrium und die Muskelschicht genäht. Heilung.

R. empfiehlt Rippenresektion gegenüber der bloßen Incision in einen Interkostalraum. Auch bei nicht eitrigen Ergüssen mit bedrohlichen Erscheinungen sei diese Radikaloperation indicirt. Zum Schlusse stellt R. in einer Tabelle die seit 1881 operativ behandelten Fälle zusammen. **Haeckel** (Stettin).

21) **Pels-Leusden** (Berlin). Zur Kasuistik der Aortenaneurysmen. (Aus der chirurg. Universitäts-Klinik der Charité.)

(Charité-Annalen. Jahrgang XXV. Berlin, **Aug. Hirschwald,** 1900.)

Ein 37 Jahre alter Mann war wegen hochgradiger Athemnoth unter Lokalanästhesie tracheotomirt worden, ohne dass sich danach die Athemnoth vermindert hätte. Erst als ein Schlundrohr in die Luftröhre eingeführt worden war, wurde die Athmung frei; beim Einbringen wurde etwa 8 cm tief eine verengte Stelle überwunden. Später wurde das Schlundrohr durch eine König'sche Spiralfederkanüle ersetzt, die ca. 4 Monate blieb liegen, da ihre Entfernung unmöglich war. Es wurde das Vorhandensein eines Aneurysma am Aortenbogen angenommen und durch das Röntgenbild erwiesen, welches (2 Abbildungen) die pulsirende Geschwulst über dem Herzen deutlich zeigte, zugleich auch die durch sie veranlasste Ausbiegung der Sonde nach rechts. Plötzlich trat unter Erscheinungen innerer Blutung der Tod ein; nach außen entleerten sich durch Mund und Kanüle nur ca. 10 ccm. Dies wurde durch den Sektionsbefund erklärt, indem der fast kindskopfgroße aneurysmatische Sack in die mit ihm verwachsene Pleura durchgebrochen war, wobei auch noch ein Zipfel Lungengewebe, aber ohne größeren Bronchialzweig getroffen worden war; in der linken Pleurahöhle befand sich etwa 1 Liter Blut. Die Wand des Sackes war 2—3 mm dick, hinten ulcerirt und mit Thrombusmassen bedeckt. Der linke Hauptbronchus ist von oben nach unten zusammengedrückt, nach der Luftröhre zu wölbt sich der Sack von rechts nach links stark vor, ihre Schleimhaut ist mehrfach arrodirt, die Scheidewand zwischen Geschwulsthöhle und Lichtung der Luftröhre ist überall 1 cm dick.

Recht auffallend ist der Unterschied zwischen den im verkleinerten Maßstabe wiedergegebenen beiden Röntgenbildern, deren eines einige Zeit vor, das andere kurz nach dem Tode aufgenommen war. In letzterem erscheint die Geschwulst erheblich kleiner, die linke Pleurahöhle oben wenig, unten stark im Schatten.

Die Zweckmäßigkeit der Spiralkanüle wird besonders hervorgehoben, da sie weder die dicke Scheidewand durchbohrt, noch in der Schleimhaut trotz monatelangen Verweilens wesentliche Störungen verursacht hatte.

Lühe (Königsberg i./Pr.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 17. **Sonnabend, den 27. April.** **1901.**

Atropin vor der Äthernarkose?

Von

Dr. **Ludwig Braun** in Neubrunn.

In No. 11 dieser Blätter empfiehlt Herr Dr. Reinhard die Injektion von Atropin vor Einleitung der Äthernarkose, um »die manchmal ganz kolossale Absonderung von Speichel und Schleim seitens des Mundes und der Respirationsorgane« zu verhindern. Leider fügt Dr. Reinhard nicht hinzu, welcher Maske und welcher Äthermarke er sich zu bedienen pflegt.

Beides scheint mir aber von Bedeutung zu sein. Ich hatte Gelegenheit, im Laufe des letzten Jahres 100 Äthernarkosen in der Wiener Privatheilanstalt des Herrn Dr. Fürth zu leiten, bei denen ich mich stets der Longard-Wagner'schen Maske (beschrieben in No. 48 dieses Blattes 1898) und des Merck'schen Narkoseäthers bediente. Dabei trat niemals irgend erhebliche Absonderung von

Speichel und Schleim auf, keinesfalls mehr als bei einer sehr ruhig verlaufenden Chloroformnarkose — überhaupt machten die Pat. stets den Eindruck ruhig schlafender Menschen. In 2 Fällen stellten sich nach der Operation ganz leichte Pneumonien ein, die sich auf kleine Herde beschränkten und rasch abheilten; beide Male handelte es sich um Laparotomien, und nach solcher treten ja auch bei Benutzung von Schleich'scher Lokalanästhesie manchmal Pneumonien auf; überdies war der eine Pat. vorher schon 1mal, die andere 2mal vorher laparotomirt worden. Der Vollständigkeit willen erwähne ich, dass, um das Annarkotisiren zu beschleunigen, in den ersten Minuten bis zum Eintritte der Toleranz in der Regel Chloroform Pictet aufgetropft wurde, und dass nur 3mal Morphiuminjektionen vorausgeschickt wurden.

Obzwar Dr. Reinhard bisher niemals üble Folgeerscheinungen bemerkt hat, muss man doch bemerken, dass Atropin kein ganz harmloses Mittel ist; kürzlich sah ich erst eine schwere Intoxikation nach einer Atropininjektion, die in Folge der warmen Empfehlung des Mittels gegen Ileus verabreicht wurde. Ich glaube daher, wer eine gute Äthermarke und die Longard-Wagner'sche Maske verwendet, die leider bisher nicht die verdiente Würdigung gefunden zu haben scheint, kann ruhig das Atropin als überflüssig fortlassen und wird trotzdem vom Verlaufe der Narkosen sehr befriedigt sein.

---

1) **V. Remedi** (Cagliari). Della influenza che gli antisettici spiegano sullo sviluppo degli schizomiceti nelle ferite.

Cagliari, 1901. 23 S.

Erster Theil einer Serie von Untersuchungen über den Einfluss antiseptischer Mittel auf die Entwicklung von Mikroorganismen in Wunden: Welchen Einfluss haben sie auf gesunde Gewebe; in welchem Grade von Widerstandsfähigkeit befinden sich diese nach ihrer Anwendung gegenüber einer möglichen Invasion pathogener Mikroorganismen? — R. arbeitete mit Sublimat und Tetanuskulturen an Meerschweinchen. Für Sublimat resultirt aus seinen Versuchen die Warnung vor seiner Verwendung, weil es auch in geringer Menge die normale Widerstandsfähigkeit der Gewebe herabsetzt, die gegenüber dem unvermeidlichen Eindringen von Bakterien erforderlich ist.

J. Sternberg (Wien).

---

2) **C. Parascandolo** (Neapel). Il lavaggio del sangue nelle malattie con speciale riguardo alle scottature.

(Clinica chirurgica 1899. No. 8—10.)

P. und Ajello haben schon 1896 (cf. Centralblatt für innere Medicin 1896 p. 1303) Mittheilungen über die Ursachen des Verbrennungstodes und die therapeutischen Hilfsmittel dagegen veröffentlicht.

Danach ist der Tod der Resorption und Vertheilung einer aus der chemischen Alteration der betroffenen Gewebe entstandenen toxischen Substanz zuzuschreiben. Die Entfernung des Brandschorfes, noch mehr aber die Einfuhr von künstlichem Serum verhindert diese Resorptionswirkung, kann sogar vor dem Tode bewahren.

P. hat diesen Fragen auch weiterhin sein Interesse zugewendet und kann nun auf den theoretischen Ausbau seiner Ergebnisse so wie auf klinische Erfahrungen hinweisen.

1) 3jähriges Mädchen, schwere Brandwunden an den Oberschenkeln, Anurie, Bewusstlosigkeit, Erbrechen. Nach 48 Stunden als letztes Mittel Injektion von 2mal 300 g künstlichen Serums in die Vena cephalica. Nach ganz kurzer Zeit Erwachen, Harnabgang; die Euphorie bessert sich noch weiter nach neuerlichen Infusionen, die dann noch durch 8 Tage subkutan fortgesetzt wurden. Heilung.

2) 17jähriges Mädchen, schwere Verbrühung am Abdomen und den Oberschenkeln. Stupor, 30,2° C., Anurie. Nach 24 Stunden Infusion von 400 cc, in den nächsten Tagen je 500 cc in die Vena basilica. Allmähliche Besserung. 14 Tage lang je 400 cc eingeführt. Heilung.

3) 4jähriges Mädchen, Pneumonia acuta, dazu Brandwunden an Brust und Rücken. Nach 48 Stunden Infusion von 250 cc in die Basilica, Abends weitere 250 cc, Besserung aller Symptome, dann Fortsetzung subkutan durch etwa 7 Tage. Heilung.

P. kommt zu folgenden Schlüssen: Die Lehre von der künstlichen Serumeinfuhr ist noch nicht ausgebaut, ist aber von besonderem Werthe. Subkutane Infusion ist überall anwendbar, endovenöse wirkt rascher, ist aber schwieriger (Asepsis).

Der Arbeit ist eine ausführliche Darstellung der Geschichte und des jetzigen Umfanges unserer Kenntnisse von der »künstlichen Durchblutung« vorangeschickt, der Folgendes zu entnehmen wäre.

Die Zahl der künstlichen Sera ist bereits sehr groß. P. zählt mehr als ein Dutzend auf, die in Quantitäten von 5 bis zu 500 cc pro dosi erprobt und empfohlen wurden. Das Einfachste bleibt 0,8 bis 1‰ige Chlornatriumlösung. Diese erfüllt durchaus alle Bedingungen: klar, sterilisirbar und bei 30—40° C. den Blutkörperchen unschädlich zu sein. Die Einfuhr kann subkutan, intravenös, intraarteriell, intraperitoneal, rectal erfolgen. Zur subkutanen genügt jede gereinigte Spritze, so wie alle Formen von Druckverwendung. P. bedient sich eines Gebläses mit Luftfilter an einer Spritzflasche; des gleichen Apparates zur endovenösen Applikation. Der arterielle Weg (Roux) ist ziemlich verlassen; die intraperitonealen Infusionen werden immer von Neuem, besonders bei Sepsis empfohlen; so auch »pleurale Injektionen« (Magendie und Bozzolo). Gute Erfolge sind in besonderem Maße von der rectalen Applikation bekannt. — Die Menge kann beim Kaninchen bis auf 3 cc pro Minute und Kilo, beim Hunde bis auf 6 cc ohne jeden Schaden gesteigert werden. Sie kann sogar (Dastre) $^2/_3$ des Gesammtgewichtes erreichen; denn es beginnt alsbald die Ausscheidung durch den Harn, so dass schließlich nie mehr als 25% des Blutgewichtes zurückbleiben. Dabei wechselt der Blutdruck nur wenig. Die Temperatur steigt meistens

bedeutend an, stürmisch bei endovenöser, ruhiger bei subkutaner Einfuhr, in diesem Falle sogar nach anfänglicher Erniedrigung. Gewöhnlich sind Puls- und Respirationsfrequenz auch gesteigert. — Die therapeutische Verwendung ist bereits sehr ausgebreitet; sie umfasst vor Allem Anämien, Intoxikationen aller Art und Infektionen. Die hauptsächliche Wirkung ist in der Wiederherstellung der Nierenfunktion zu sehen. Auch die verschiedensten Bakteriotoxine werden in dieser Weise unschädlich gemacht (Staphylococcus, Streptococcus, Cholera, Typhus, Pneumonie, Tetanus, Rabies, Eklampsie, Urämie).

J. Sternberg (Wien).

---

3) **Munger.** A physiological solvent in treatment of the pus gases.

(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 1.)

M. empfiehlt 50%ige Lösung von Encymol = künstlichem Magensaft zur Injektion in eiternde und inficirte Wunden und will mit dieser Lösung bei Mastoideus- und Mittelohreiterungen, bei Abscessen aller Art nach Drüsen und auch bei Brandwunden gute und namentlich sehr schnelle Erfolge erzielt haben. Die Lösung wird in Höhlenwunden eingespritzt, bei flachen Wunden wird mit ihr getränkter Verbandstoff aufgelegt. Nekrotisches Gewebe wird verdaut, eben so der Eiter, die Reste können dann mit Kochsalzlösung abgespült werden. Die Lösung soll gesunde Haut und Schleimhaut nicht reizen. Faulige Sekrete sollen schnell geruchlos werden. 12 Fälle sind mitgetheilt.

Trapp (Bückeburg).

---

4) **Baudi.** L'intervento chirurgico nella peste bubbonica.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1900. No. 9.)

Nach den positiven Resultaten Terni's im Krankenhause Paula Candida in Jurujuba in Brasilien hat B. Versuche über die Heilung der Pest durch Drüsenexstirpation angestellt. Dieselben ergaben, dass die Pestbacillen sich nur auf dem Lymphwege verbreiten und so zuerst die Drüsen befallen. In den zuerst afficirten Drüsen bleiben sie ziemlich lange liegen. Daher ist die Exstirpation dieser Drüsen stets im Beginne der Erkrankung angezeigt.

Dreyer (Köln).

---

5) **Mynter.** Appendicitis and its surgical treatment. 3. ed.

Philadelphia, **J. B. Lippincott company,** 1900.

Nach einer historischen Einleitung und kurzer anatomischer Beschreibung geht Verf. auf die Ätiologie ein und theilt die Ursachen in prädisponirende und den Anfall auslösende. Zu ersteren rechnet er Lage und Bau, Darmstörungen, vorausgegangene Anfälle, konstitutionelle Veranlagung und Alter, Geschlecht und Nationalität. Besonders erwähnt sei die Ansicht, dass in der Jugend durch Überwiegen des Lymphgewebes im Wurmfortsatze die größere Neigung

zu Entzündungen besteht. Unter auslösenden Ursachen (exciting causes) rechnet Verf. Konkremente und Fremdkörper (letztere selten), Mikroorganismen, Strikturen und mechanische Behinderungen, Trauma, Magenüberladung, Aktinomykose. Es können nach seiner Ansicht die verschiedensten Ursachen zusammenwirken zur Erzeugung der Entzündung, und er nimmt dies als Regel an, indem er den mechanischen Ursachen (Strikturen) die wesentlichste Rolle zuerkennt. Es folgt darauf eine Besprechung der pathologischen Verhältnisse, wobei M. genauer auf die Entstehung der Strikturen etc. eingeht. Die Kapitel über die Krankheitserscheinungen und die Neben- und Folgekrankheiten enthalten nichts wesentlich Neues. Bei dem Kapitel Diagnose ist Folgendes erwähnenswerth: Verf. empfiehlt sehr das Verfahren von Edebohls zur Tastung des Wurmfortsatzes. Edebohls behauptet, ihn fast immer, auch wenn er hinter dem Blinddarme liegt, fühlen zu können, da der Blinddarm selten mit Koth gefüllt sei. Die Abgangsstelle von letzterem liegt in fast allen Fällen am bekannten MacBurney'schen Punkte (Verbindungslinie zwischen Nabel und Spina anterior superior, äußerer Rectusrand); die Art. iliaca communis liegt nach innen vom Abgangspunkte. Man fühlt den normalen Fortsatz als flaches Band, den erkrankten als rundliches Gebilde, indem man ihn gegen den Psoas verschiebt und unter den Fingern rollt. Bei akuten Entzündungen ist dies Verfahren natürlich nur in den ersten Anfängen anwendbar. Über Diagnose des Durchbruches, des umschriebenen Abscesses und der akuten Peritonitis ist Bekanntes angeführt. — Bei der Differentialdiagnose geht Verf. auf das Vorhandensein von Typhlitis stercoralis ein, welche er für häufig hält. — Die Prognose hängt ab von den Komplikationen bezw. der frühzeitigen chirurgischen Behandlung, welche diesen vorbeugt. — Bei der Behandlung ausgesprochener Appendicitis verwirft M. gänzlich die Opium-, überhaupt die innere Behandlung als solche, erklärt die Krankheit für eine durchaus chirurgische und betont ausdrücklich, dass er die möglichst frühzeitige Operation bevorzugt, allerdings mit der Einschränkung, dass er bei leichteren Fällen, in denen nach 24 Stunden der Puls ruhiger wird und die Temperatur abfällt, die Operation in der freien Zeit macht. — Solche Fälle dagegen, welche alle Zeichen der Appendicitis aufweisen, und bei denen der Puls keine Neigung zeigt, nach 24 Stunden zurückzugehen, räth er, sofort zu operiren. Als Kontraindikation hierbei lässt er nur sehr ungünstige äußere Umstände gelten. Die Einzelheiten, wie er die Operation in den verschiedenen Fällen ausführt, würden zu weitläufig sein zum Referiren; sie unterscheiden sich nicht wesentlich von den bekannten Verfahren. Den amputirten Wurmfortsatz stülpt Verf. wie einen Handschuhfinger in den Blinddarm ein und vernäht die Stelle einfach oder doppelt.

Seine Schlussfolgerungen sind: In jedem Falle von Appendicitis ist Heilung durch Operation möglich, und zwar Radikalheilung. Der Ausgang der Krankheit hängt allein ab vom Zeitpunkte der Operation.

Es handelt sich dabei oft um wenige Stunden. In allen akut und stürmisch einsetzenden Fällen, bei denen nicht nach 24 Stunden Fieber etc. zurückgehen, ist sofort zu operiren. Man kann nie zu früh, wohl aber zu spät operiren. Innerliche Behandlung ist zu verwerfen.

Ein Litteraturverzeichnis von über 150 Nummern ist beigefügt, die deutsche Litteratur ist ziemlich vollständig, wenigstens in ihren wichtigen Werken.

Einige Abbildungen beim Kapitel Anatomie und Behandlung würden von Vortheil sein. Das Buch kann als kurz und übersichtlich geschrieben empfohlen werden. **Trapp** (Bückeburg).

---

6) **Le Dentu.** Exposé d'un procédé spécial de cure médicale des hernies inguinales.

(Revue de chir. 1900. No. 12.)

Das vom Verf. seit 12 Jahren angewandte und allmählich immer mehr vervollkommnete Verfahren der Radikaloperation von Leistenbrüchen entspricht in seinem ersten Theile der Kocher'schen Methode: der Hindurchziehung des isolirten Bruchsackes durch eine oberhalb des äußeren Leistenringes angelegte kleine Öffnung mit nachfolgender Abtragung des Sackes im Niveau der letzteren. Der nunmehr nur noch den Samenstrang enthaltende Leistenkanal wird alsdann, während seine andere Wand durch den eingeführten Zeigefinger stark vorgedrängt wird, in seiner ganzen Länge durch in U-Form und senkrecht zur Längsachse der emporgehobenen Falte angelegte Katgutnähte zum Verschlusse gebracht (Einzelheiten s. im Original). — Das Verfahren wird bei Bestehen von Verwachsungen der Eingeweide im Bruchsacke, die eine Spaltung der vorderen Kanalwand und eine andere Behandlung des Bruchsackes (doppelte Ligatur, Torsion etc.) nothwendig machen, etwas modificirt. **Kramer** (Glogau).

---

7) **G. Engelhardt** und **K. Neck.** Veränderungen an Leber und Magen nach Netzabbindungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 308.)

Verff. berichten in ihrer aus der pathologisch-anatomischen Abtheilung des Stadtkrankenhauses in Chemnitz hervorgegangenen Arbeit über die Ergebnisse von 24 Thierexperimenten, die an Meerschweinchen, Hunden und Kaninchen ausgeführt wurden. Da 4 Thiere in Folge der Operation (aseptische Laparotomie, Ligatur und meist auch Resektion des Netzes) starben, ergaben 17 Versuche brauchbare Resultate. Nach 2 bis 12 Tagen wurden die Thiere getödtet und dann genauestens obducirt. Nur ein Thier zeigte makroskopisch Peritonitis, aber auch das anscheinend gesunde Bauchfell erwies sich bei bakteriologischer Prüfung 7mal von Keimen (Kokken, bezw. Stäbchen) bewohnt.



Makroskopisch und durch Sondenprüfung waren weder an den Netzstümpfen noch in den Eingeweiden Thromben auffindbar. Wohl aber mikroskopisch. An der Netzligatur fanden sich 11mal »gemischte« Thrombosen, und zwar meist in den Venen. 8 Versuchsthiere hatten ferner in der Leber, an der Oberfläche und an den freien Rändern, seltener im Parenchym schon mit bloßem Auge sichtbare scharf umschriebene Herde von blassem, gelblich-trübem Aussehen, stecknadelkopf- bis linsengroß. Zuweilen waren diese von rothem Hofe umgeben oder von rothen Punkten und Streifen durchsetzt (Hämorrhagien). In 4 anderen Fällen entsprachen den erwähnten gelblichen Herden nekrotische Gewebspartien, wobei zugleich in einiger Entfernung davon in den mittleren und kleineren, nicht interlobulären Pfortaderästen geschichtete Pfröpfe gefunden wurden, theilweise auf Gefäßtheilungsstellen reitend. Diese Pfröpfe glichen völlig den in den Netzstümpfen gefundenen Thromben, sind also als Embolie anzusehen, deren Folgen jene Nekrosen waren. Im Magen fanden sich bei 6 Versuchsthieren feine Schleimhautblutungen, nie dagegen Erosionen oder Geschwüre. Wohl aber fanden sich bei 2 Versuchsthieren obturirende Pfröpfe in den Venen der Mucosa und Submucosa; daneben waren stellenweise auch die zugehörigen Arterienzweige verstopft. Auch hier muss man annehmen, Embolien vor sich zu haben, und kann es sich nur um rückläufige Embolien sowohl aus Pfordaderstämmchen als aus Arterienästchen gehandelt haben (v. Eiselsberg). Nur ein Thier zeigte tiefere Veränderungen an der Magenschleimhaut, wenn auch erst mit dem Mikroskop. Der Netzstumpf war in diesem Falle fast völlig nekrotisch geworden, und die Abimpfung vom Bauchfelle ergab trotz Fehlens von Peritonitis kurze plumpe Stäbchen. An der großen Magenkurvatur standen dicht punktförmige Blutungen. An mehreren Stellen bestanden keilförmige Schleimhautnekrosen, mit ihrer Spitze bis tief in die Drüsenschicht hineinreichend. Die Kapillaren dieser nekrotischen Herde waren dicht verstopft mit Bacillen. Verff. zweifeln nicht, dass diese nekrotischen Herde sich noch zu Erosionen bezw. Geschwüren hätten weiter entwickeln können, und erinnern daran, dass auch v. Eiselsberg an einen Zusammenhang der postoperativen Magengeschwürsbildung mit septischen Vorgängen gedacht hat.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

8) **W. S. Fenwick.** Primary sarkoma of the stomach.

(Lancet 1901. Februar 16.)

Verf. schätzt die Häufigkeit des Magensarkoms auf Grund früherer Statistiken und an der Hand von 23 eigenen Fällen von Magenneubildungen auf 5—8% unter allen bösartigen Geschwülsten des Magens.

Es werden besonders die diagnostischen Symptome der Rundzellensarkome oder Lymphosarkome, dann die der Spindelzellen-

sarkome, die Verf. mit den Fibrosarkomen identificirt, ferner die der seltenen Myo-, Myxo- und Angiosarkome besprochen.

Um Rundzellensarkome handelt es sich in 62% der Fälle aller zusammengestellten Magensarkome, während Spindelzellensarkome 22% stellen. Erstere sind die am meisten bösartigen Formen, ungefähr 70% der genau beschriebenen Fälle unter ihnen haben Metastasen gemacht; die benachbarten Drüsen waren stets vergrößert und in der Hälfte der Fälle sarkomatös infiltrirt, während die perigastrischen Drüsen bei den Spindelzellensarkomen nur in 37% der Fälle afficirt waren.

Differentialdiagnostisch mit Carcinom kommt besonders die häufigste Sarkomform, die Rundzellengeschwulst, in Betracht; die bei ersterem durch Infiltration und Verwachsungen des großen Netzes verursachte, von außen fühlbare Geschwulst fehlt hier gewöhnlich. In 15% der Rundzellensarkome ist die Milz nachweisbar stark vergrößert durch Pulpahyperplasie, im Gegensatze zum Magensarkom, wo eine gelegentliche Milzvergrößerung durch eine metastatische Erkrankung bedingt ist. In 11% der Rundzellensarkome trat Perforation ein, eine Häufigkeit, bedingt durch die charakteristische sekundäre Erweichung und das Fehlen jeglicher Verwachsungen. Größere Hämorrhagien sind bei ihnen ziemlich selten, kleine kapilläre Blutungen, durch Ulceration bedingt, dagegen häufig. Bei sorgfältiger Untersuchung des Kothes wird man oft die Anwesenheit veränderten Blutes, beim Magenaushebern die Zumischung von Kaffeegrund ähnlichem Material zum Inhalte erkennen können. Das Durchschnittsalter der mit Rundzellensarkom Behafteten schwankt zwischen 29 und 34 Jahren. Narben früherer Geschwüre disponiren wie beim Carcinom zur Erkrankung. Albuminurie war in $^1/_6$ der Fälle vorhanden, gewöhnlich bedingt durch sekundäre Nierengeschwülste. Bei den Rundzellensarkomen ist Diarrhöe ein bemerkenswerthes Zeichen. Lokale Symptome können während des ganzen Verlaufes der Erkrankung vollständig fehlen, während in den meisten Fällen gelegentliche Schmerzen auftreten. Während so bei den Rundzellensarkomen nur in 30% eine Geschwulst zu tasten war, findet sich solche bei den Spindelzellengeschwülsten fast regelmäßig; letztere können recht beträchtliche Größe erreichen, eine Eigenschaft, die sie auch mit den Myosarkomen gemein haben. — Spindelzellensarkome betreffen besonders das Alter gegen 51 Jahre und sind 5mal so häufig bei Frauen als bei Männern. Hämorrhagien sind bei ihnen bei Weitem häufiger. Die Geschwulst selbst ist im Allgemeinen frei beweglich im Gegensatze zum Carcinom, welches durch ausgedehnte Verwachsungen mit den benachbarten Organen unveränderlich fixirt ist. Magendilatation und sichtbare Peristaltik sind bei Sarkom des Pylorus fast immer vorhanden. Außer diesem Sitz gewöhnlich an der vorderen Wand. Bei diffuser Infiltration des Organs ist der Magen kontrahirt und seine Grenzen durch Colon transversum verdeckt.

Typisch für Magensarkom sind ferner die Metastasen in der Haut; häufig sind es 1—2 kleine Knoten in oder um den Nabel herum, die sich von da aus oft an Größe und Menge verbreiten. Die Untersuchung solcher und anderer zugänglicher Metastasen kann die Diagnose sicher stellen. Die Generalisation der Krankheit ist gelegentlich begleitet von den Symptomen der Purpura. Während die chemische und mikroskopische Mageninhaltuntersuchung keine Abweichung von dem Zustande bei Cavernom bietet, ist für Magensarkom noch charakteristisch ein leichtes, aber kontinuirliches Fieber begleitet von rapid zunehmender, schwerer Anämie.

F. Kraemer (Berlin).

---

9) **W. Körte** und **J. Herzfeld.** Über die chirurgische Behandlung des Magengeschwüres und seiner Folgezustände (Pylorusstenose, Magenerweiterung, Blutung).

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 1.)

Die Arbeit ist ein ausgedehnter specieller Bericht über das reichhaltige Material K.'s, so weit es die Operationen bei gutartigen Magenerkrankungen betrifft. Die Zahl der Fälle beträgt 38, welche vornehmlich gutartige Pylorusstenosen, resp. Magengeschwüre darstellen. Unter den ätiologischen Faktoren, die zur Erkrankung des Magens und zu operativem Eingreifen Anlass gaben, finden wir 1mal Trauma, 3mal das Trinken ätzender Flüssigkeiten angegeben, ferner auch 1mal eine Pericholecystitis, welche durch ihren Einfluss auf den Pförtner zu einer Undurchgängigkeit desselben geführt hatte.

Bezüglich der Dauer des Leidens, das den Eingriff veranlasst, wurde meist eine Anamnese langjähriger Krankheit angeführt, so dass auch der Ernährungszustand der Pat. allermeist ein reducirter war.

Unter den Symptomen der Kranken fehlten Magenschmerzen und Erbrechen niemals; 32mal war Stenose des Magenausganges und Magenerweiterung zu konstatiren. Der Sitz der Verengerungen betraf meist den Pylorus selbst, einige Male auch die Umgebung desselben sowohl cardiawärts wie gegen das Duodenum hin; die Verff. machen auch auf die bekannten Thatsachen aufmerksam, dass Geschwüre in der Nähe des Pförtners sowohl reflektorisch wie durch Schwellungszustände ebenfalls zur Pylorusstenose Veranlassung geben können. 13mal bildete die entzündliche Verengerungsstelle eine Geschwulst, die leicht zu Verwechslung mit Carcinom führen kann. Desshalb wurden auch einige Male Resektionen vorgenommen, bei denen erst die mikroskopische Untersuchung die Natur des Leidens aufklärte. Unter allen Fällen fehlte 4mal die Salzsäure, Milchsäure wurde 4mal nachgewiesen. Aus diesen Verhältnissen ist ersichtlich, dass die Diagnose oft sehr schwierig, manchmal erst bei der Operation festzustellen war.

Die organische Verengerung des Pylorus stellt eine absolute Indikation zur Operation dar; bei hochgradigen Geschwürsbeschwerden

dagegen ist ein Eingriff erst nach Erschöpfung aller internen Hilfsmittel geboten. Bei Leuten aus der arbeitenden Klasse wird man aus socialen Gründen manchmal eher zum Messer greifen müssen als bei Pat., die sich schonen können.

Schwer ist bei Blutung von Magengeschwüren die Indikation für einen Eingriff zu stellen; speciell sind die Aussichten bei den profusen einmaligen Blutungen auch nach der Verff. Ansicht schlechte, da es sehr schwer ist, die Stelle der Blutung zu finden und letztere mit unseren üblichen Methoden der Naht und Tamponade zu stillen. Bei Perforation der Magengeschwüre ist bei noch befriedigendem Kräftezustande ein sofortiger Eingriff geboten. Der Chok bildet keine Kontraindikation, sondern wird am ehesten selbst durch die Naht des eröffneten Magens und Herausspülung der Speisetheile aus der freien Bauchhöhle beseitigt.

Gastroenterostomien sowohl wie die anderen üblichen Operationen (Pyloroplastik und event. Resektion) beseitigen nach Pylorusstenoseoperationen die Dilatation, wenn dieselbe noch nicht allzulange bestand. Nicht selten bleibt aber auch eine Dilatation zurück; indessen hört trotzdem die Stagnation des Mageninhaltes auf, so dass doch ein guter Erfolg resultirt. Bei den offenen Magengeschwüren führt die Gastroenterostomie durch Entlastung des Magens zur Heilung. So lange aber die Hyperacidität besteht, sind Recidive nicht ausgeschlossen. Die Resektion soll beim Magengeschwüre nur dann vorgenommen werden, wenn man selbst bei der Laparotomie nicht unterscheiden kann, ob es sich um Geschwür oder Carcinom handelt. Von der zweizeitigen Resektion und der Heidenhain'schen Jejunostomie, der erst später eine Radikaloperation folgen soll, halten Verff. nicht viel. Von den Magen-Darmfisteln bevorzugt K. die Gastroenterostomia retrocolica nach v. Hacker. Den Vorschlag von Witzel, Vereinigung von Gastroenterostomie und Gastrostomie, verwirft er, eben so die in Hinsicht des Dauerfolges unsichere Pyloroplastik.

Was die Art der Operationen betrifft, die bei den 38 Pat. vorgenommen wurden, so ward 3mal die cirkuläre, 1mal eine segmentäre Resektion ausgeführt; bei 30 Fällen wurde eine Magen-Darmfistel angelegt; von diesen letzteren starben 7. Bei einem Pat. mit Ösophagus- und Pylorusstenose war K. genöthigt, eine Magenfistel und Gastroenterostomie zu gleicher Zeit anzulegen. Leider entstand durch das Ösophagusgeschwür eine Perikarditis mit tödlichem Ausgange. 2 andere Pat. starben nach der Gastroenterostomie an Verblutung. Der eine derselben hatte die letzte Hämatemesis 10 Tage, der andere dagegen $1/2$ Jahr vor der Operation gehabt. Man fand bei den Sektionen beide Male frisch arrodirte Gefäße auf dem Geschwürsgrunde. Leider schützt also die Gastroenterostomie vor Blutung aus tiefen Geschwüren nicht. Ein weiterer sehr seltener Befund nach einer Magen-Darmfistel war eine Phlegmone der Magenwand mit beginnender Peritonitis. Da Salzsäure im Magen vorhanden war, kann K. die Ansicht Stieda's nicht theilen, dass ein solches Vorkommnis

durch das Fehlen der Salzsäure begünstigt worden sei. Wahrscheinlich ist diese Phlegmone durch virulente Keime bedingt worden, die aus dem Magen selbst bei der Operation in die Wunde desselben gelangten.

3mal war es nöthig, nach der ersten Anastomose eine zweite zwischen den beiden Darmschenkeln der Fistel anzulegen; 1mal wurde das erst nach 2 Monaten nothwenig. Jedes Mal sistirte daraufhin das Galleerbrechen, das die Ursache zu dem zweiten Eingriffe abgegeben hatte. Prophylaktisch wurde in 4 anderen Fällen von vorn herein die Enteroanastomose hinzugefügt.

Neben mancherlei vorzüglichen Dauererfolgen erlebte es K. in einem Falle, dass 3 Jahre nach einer Gastroenterostomie im abführenden Jejunumschenkel ein Ulcus pepticum in Folge der Hyperacidität des Magensaftes eintrat, während das ursprüngliche Magengeschwür ausgeheilt war. Dieses neue Geschwür hatte einen subphrenischen Abscess und eine allgemeine Peritonitis erzeugt, an der der Kranke zu Grunde ging. Überhaupt war bei den Fällen, welche nach Jahren nachgeprüft wurden, Steigerung der Acidität und Herabsetzung der motorischen Funktion vorhanden. Trotzdem aber durften die Pat. als geheilt angesehen werden, da die Geschwüre vernarbt, die früher siechen Personen wohlaussehend und arbeitsfähig geworden waren.

Leider muss es sich Ref. versagen, noch auf weitere Einzelheiten der interessanten Arbeit näher einzugehen, um den erlaubten Raum für ein Referat nicht ungebührlich zu überschreiten. Es sei nur noch gestattet, auf die wohlausgebildeten Maßnahmen für die Vorbereitung und Nachbehandlung hinzuweisen, deren präcise Durchführung gewiss manchen verzweifelten Fall über den Eingriff glücklich hinwegbringt.

Ein Vorzug der Arbeit ist es, dass sie kritisch die Grenzen der chirurgischen Leistungsfähigkeit bei dem behandelten Gebiete festlegt. Trotz mancher Unvollkommenheiten, welche die Verff. selbst an ihren Resultaten konstatiren, darf man aber die Erfolge K.'s wie die Fortschritte der Chirurgie überhaupt in der Behandlung der gutartigen Magenaffektionen und ihrer Folgezustände als segensreiche ansehen. Die vorsichtige Indikationsstellung der Autoren wird ebenfalls allgemeine Anerkennung finden. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

10) **Weir.** Perforating ulcer of the duodenum.

(Transactions of the American surgical association Vol. XVIII.)
Philadelphia, **William J. Dornan,** 1900.

W. giebt auf Grund der Litteratur ein ausführliches klinisches Bild des perforirenden Duodenalgeschwürs, ohne neue Gesichtspunkte vorzubringen. Was die operative Technik betrifft, so empfiehlt er einen am unteren Leberrande beginnenden und bis unterhalb des Colon transversum reichenden Schnitt innerhalb oder am Außenrande

des rechten Rectus, in dessen oberem Drittel ein zweiter transversaler Schnitt bis zur Mittellinie hinzugefügt wird.

W. selber hat nur einen Fall operirt, dessen Krankengeschichte folgende ist:

30jähriger Mann, der seit einigen Monaten an unbestimmten Magenbeschwerden ohne Hämatemesis litt, erkrankte 4 Tage vor der Aufnahme mit heftigen Schmerzen im Epigastrium, Frost, Fieber, Erbrechen und Prostration. Blut weder im Erbrochenen noch im Stuhle. Der Leib schwoll rasch an und wurde schmerzhaft und gespannt. Bei der Aufnahme ist die Leberdämpfung fast verdeckt, der Leib hochgradig tympanitisch, keine lokalisirte Schmerzhaftigkeit oder Dämpfung. Beiderseits Leistenhernie, rechts Darm in derselben. Puls 140, Temp. 104° F. Diagnose: Allgemeine Peritonitis in Folge Perforation eines Magen- oder Duodenalgeschwüres.

Große mediane Incision ober- und unterhalb des Nabels. An der Vorderwand des Duodenums nahe dem Pylorus eine scharfrandige, $^1/_4$ Zoll im Durchmesser haltende Perforation. Doppelreihige Lembertnaht, sorgfältige Auswaschung der Bauchhöhle mit Kochsalzlösung, subkutane Transfusion. Tod kurz nach der Operation.

W. ist gegen eine Excision des Geschwürs, will dasselbe vielmehr einfach übernäht wissen. Er schließt an seine eigene Beobachtung kurze Krankengeschichten von 51 neuen, aus der Litteratur gesammelten Fällen von operativ behandelten Perforationen von Duodenalgeschwüren an und zeigt, dass die Prognose dieser Perforationen sich erheblich gebessert hat, seitdem man gelernt hat, sie sicherer zu diagnosticiren und innerhalb der ersten 24 Stunden zu operiren.

R. v. Hippel (Dresden).

---

11) **C. S. Fischer.** Observations on gastric functions before and after gastro-enterostomy.

(Transactions of the American surgical association Vol. XVIII.) Philadelphia, **William J. Dornan,** 1900.

Die Beobachtungen wurden an 4 Pat. angestellt, welche von Weir operirt worden sind. 2mal handelte es sich um gutartige Pylorusstenosen, 1mal um Pylorospasmus mit Dilatation und Hyperacidität, 1mal um Dilatation ohne Pylorusstenose. Die Beobachtungen sind besonders werthvoll dadurch, dass sie sich über einen langen Zeitraum vor und nach der Operation erstrecken. Sie sind für ein Referat nicht geeignet. Allgemeine Schlüsse zieht Verf. aus denselben nicht, da sie ihm dazu zu wenig zahlreich erscheinen.

R. v. Hippel (Dresden).

---

12) **E. Garbarini** (Parma). Dell' assorbimento intestinale nell' ileo.

(Clinica chirurgica 1899. No. 10.)

Durch Kocher angeregt stellte Verf. Versuche über die Darmresorption beim Ileus an. G. experimentirte am Dünndarme des Kaninchens.

1) Normaler Darm. a) Eine Schlinge wird vorgezogen, durch Ausstreichen entleert und im Abstande von 25 cm doppelt unter-

bunden; mit feinster Nadel wird 1 mg Strychninnitrat pro Kilogramm Thier in 5‰iger Lösung injicirt und die Schlinge versenkt. b) Eine Schlinge von 26 cm wird in gleicher Weise isolirt, 1 cm einwärts des einen Endes eine dritte Ligatur ungeknüpft angelegt, an dieser Stelle Strychnin und durch dieselbe Öffnung so viel Luft in die Schlinge gebracht, bis die Schlinge sehr stark gebläht war, sodann die dritte, die Punktionsstelle komprimirende, Ligatur schnell geschlossen, die Schlinge versenkt. — Regelmäßig traten bei den Thieren der Gruppe a) die ersten Strychninkrämpfe nach durchschnittlich 45 Minuten, bei denen von b) nach 18 Minuten auf.

2) Vorher veränderter Darm. Um das untere oder mittlere Ileum wird eine Gazeligatur nur so fest gelegt, dass sie als Passagehindernis wirkt, 25 cm unterhalb eine lockere Ligatur als Marke geschlungen, der Darm reponirt, die Wunde genäht. Nach 24 bis 36 Stunden wird an die geblähte und hyperämische Schlinge 40 bis 50 cm unterhalb der konstringirenden Schlinge eine feste Ligatur angelegt, durch eine kleine Incision am oberen Ende der Darm entleert, die lockere Schlinge zugezogen und zwischen diese beiden, von einander 25 cm entfernten festen Ligaturen die Strychninlösung eingeführt. — In der korrespondirenden Gruppe wurde unter den oben genannten Kautelen auch Meteorismus erzeugt. — Vom schlaffen Darme aus war das Alkaloid im Durchschnitte nach 35 Minuten, vom geblähten nach 14 Minuten resorbirt. Allerdings war in diesen Fällen die Resorption wesentlich vom Zustande der Darmwand beeinflusst. Auch die vorausgehende Behandlung des Darmes mit Krotonöl ergab ähnliche Resultate.

3) Eine Dünndarmschlinge von 30 cm Länge wird wie oben isolirt und mit 10 ccm einer 5%igen Jodkaliumlösung beschickt und versenkt; die Blase freigelegt, die Harnröhre abgeklemmt und alle 2 Minuten der Blase 0,5 ccm Harn entnommen und auf Jod untersucht. Die ersten Spuren traten nach 40—45 Minuten auf. — Im Parallelversuche am chemisch (Krotonöl) veränderten, nicht meteorisirten Darme erschien Jod nach 28—35, am geblähten Darme schon nach 12—16 Minuten. — Für die künstliche Abschnürung musste bei der spärlichen Harnproduktion ein anderer Weg eingeschlagen werden, die quantitative JK-Bestimmung aus dem Inhalte der abgebundenen Schlinge. Die Zahlen sind: JK-Rest in der normalen, ungeblähten Schlinge nach 30—45 Minuten 0,39, verschwunden (G. zieht absichtlich diesen Ausdruck dem »resorbirt« vor) 0,10, in der normalen geblähten 0,19, verschwunden 0,30 g. In chemisch veränderten Schlingen 0,29 und 0,20 gegenüber 0,10 und 0,39 g in gleichen geblähten. In künstlich umschnürten Schlingen 0,28 und 0,21 gegenüber 0,11 und 0,39 g in eben solchen geblähten.

4. Eine Reihe von Experimenten wurde am Hunde ausgeführt, wobei zur Isolirung der Schlingen auch Enteroanastomosen oder totale Darmausschaltung mit cirkulärer Vereinigung angewendet wurden.



Die Resultate ergaben auch unter diesen Modifikationen überwiegende Resorption aus dem Darme.

G. schließt demnach:

1) Die Resorptionsfähigkeit einer nicht excessiv gereizten oder nicht allzulange abgeschnürten Dünndarmschlinge ist größer als die einer normalen.

2) Das Verschwinden einer eingeführten Substanz erfolgt rascher in einer stark geblähten Schlinge als in einer leeren, sei sie normal oder chemisch alterirt.

3) In Schlingen, deren Wände schwere Veränderungen aufweisen, tritt dieses Verschwinden bedeutend langsamer ein als in allen anderen.

Weiter konnte G. die Erfahrungen Hamburger's über die Wirkung des intraabdominalen Druckes auf die Resorption bestätigen.

Als chirurgisch-praktischer Schluss ist also die Wichtigkeit der raschen Entleerung abgeschnürt gewesener Schlingen (Kocher, Helferich u. A.), so wie die Warnung vor den stark wirkenden Abführmitteln zu abstrahiren.

J. Sternberg (Wien).

---

13) **W. J. Mayo.** The ileocaecal orifice and its bearing on chronic constipation, with report of two cases.

(Annals of surgery 1900. September.)

Verf. bespricht die Anatomie der Ileocoecalklappe, die er auch am Lebenden bei einer Reihe von abdominalen Operationen sorgfältig abgetastet hat, um sich über die Weite des ileocoecalen Orificiums und dessen Beziehungen zur chronischen Verstopfung zu informiren. Bei normalen Verhältnissen gelingt es, mit dem Finger Dünndarmwand in den Blinddarm zu stülpen. In 2 Fällen von chronischer Konstipation war die Öffnung abnorm klein. Beide Male wurde Schmerz und Verstopfung durch eine plastische Operation nach Art der Heineke-Mikulicz'schen Pyloroplastik, die die Lichtung der ileocoecalen Öffnung vergrößerte, dauernd beseitigt. Verf. glaubt demnach, dass in gewissen Fällen eine organische oder funktionelle Verengerung der ileocoecalen Öffnung für eine Reihe von Symptomen verantwortlich zu machen ist, von denen Schmerz in der Gegend des Blinddarmes bei Ausschluss einer Erkrankung des Wurmfortsatzes und chronische Verstopfung die wichtigsten sind.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

---

14) **J. Pichler.** Zur Statistik der sacral operirten Rectumcarcinome.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 1.)

15) **W. Prutz.** Entgegnung.

(Ibid.)

Polemik über die Berechtigung und Gültigkeit der von Pichler gegebenen Statistik über die Erfolge und Mortalität der sacralen

Mastdarmoperationen. Beide Autoren bleiben auf dem von ihnen eingenommenen Standpunkt bestehen. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

16) **C. N. Dowd.** Mesenteric cysts.

(Annals of surgery 1900. Oktober.)

D. fand im quer verlaufenden Mesocolon ein multilokuläres Cystadenom, das Pseudomucin enthielt und in seiner Struktur auffallend an ein Cystadenom des Eierstocks erinnerte. Den Zusammenhang zwischen beiden sieht er in seinem Falle in einer embryonalen ovariellen Versprengung. Alle Gekröscysten sind entweder als embryonal angelegte, als Echinokokken oder als bösartig aufzufassen. Das Auftreten von Dermoidcysten und Chyluscysten im Mesenterium, die die Struktur und äußere Gestaltung von Ovarial- bezw. Parovarialcysten zeigen und die in ihrer Wandung Lymphgefäße führen, lässt an embryonal angelegte Cysten denken, in die ein Erguss von Chylus erfolgt ist. Die bluthaltenden Cysten sind präformirte Cysten, in denen eine Hämorrhagie stattgefunden hat. Cysten mit einer an den Darm erinnernden Struktur scheinen Versprengungen von diesem zu sein. Seröse Cysten haben wahrscheinlich einen ähnlichen Ursprung. Sie liegen gewöhnlich nicht in den Lymphgefäßen. Echinococcuscysten sind eine Klasse für sich, die ihre Entstehung der Taenia echinococcus verdanken. Eine ausführliche Litteratur ist der Abhandlung beigefügt. **O. Müller** (Hirschberg i/Schl.).

---

17) **G. B. Caponago** (Parma). L'emostasi nelle operazioni sul fegato.

(Clinica chirurgica 1900. No. 2 u. 3.)

Verf. hat mit strömendem Wasserdampfe von 70° unter Druck Blutstillungsversuche an Hunden durchgeführt: »Heute ist Dampf unter Druck das bessere Blutstillungsmittel (als Heißluft), wenn er durch Kompression des Organs und Ligatur der größeren Gefäße unterstützt wird. Er nutzt 1) durch die Wirkung auf die kleinen Gefäße; 2) weil er, ohne zu verschorfen, Heilung p. p. i. zulässt; 3) weil das erzeugte Coagulum sehr fest haftet und als albuminreiche Substanz zur Ernährung der vernarbenden Oberfläche beiträgt.«

J. Sternberg (Wien).

---

18) **W. D. Malenjuk.** Zur Lehre vom chemischen Charakter und der differentiellen Diagnose des Echinokokkencysteninhaltes.

(Annalen der russischen Chirurgie 1900. Hft. 5.)

Auf Grund von 15 Analysen stellt M. folgende 3 Hauptsymptome der Echinokokkenflüssigkeit auf: 1) den absolut und besonders relativ bedeutenden Inhalt von organischem nicht albuminösem Rest; 2) den absolut und besonders relativ bedeutenden Inhalt von Asche, und 3) die bedeutende reducirende Eigenschaft.

Verf. beschreibt ausführlich die Methode der Untersuchung obengenannter Flüssigkeiten, giebt eine Tabelle seiner eigenen Resultate und zum Schlusse die Krankengeschichten der von ihm untersuchten Fälle. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

---

19) **W. J. Rasumowsky.** Beiträge zur Frage über die operative Behandlung der Echinokokken. Provisorische Fixirung der vernähten Bauchorgane an die Bauchwand.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 1.)

Für die operative Behandlung der Echinokokken hatte Bobrow einen großen Fortschritt gebracht durch seine Methode der Vernähung des von den Echinokokken befreiten Sackes und der darauf folgenden Versenkung des Stumpfes in die Bauchhöhle, worauf letztere völlig geschlossen wird. Die augenfälligen und bekannten Vorzüge dieses Verfahrens eiferten zur allgemeineren Nachahmung an, indessen stellten sich doch einige Nachtheile der Methode heraus. Die größere Wahrscheinlichkeit von Recidiven, die Schädlichkeit des Zurückbleibens versenkter Nähte an dem Sacke und die Möglichkeit einer Vereiterung des in der Bauchhöhle zurückgelassenen Sackes und event. drohende lebensgefährliche Perforation. Aus diesen und einigen anderen in der Arbeit näher erörterten Gründen ist nach des Verf. Ansicht die Bobrow'sche Methode nur mit Vorsicht anzuwenden. Diese Vorsichtsmaßregel besteht in der von R. geübten Nahtanlegung. Nachdem nämlich die Echinokokken entfernt sind, wird der Sack durch die Naht geschlossen unter Anwendung der doppelten schlingenförmigen Matratzennaht, wie sie Verf. früher schon für die Verschließung der Harnblase angegeben hat. Diese Naht vereinigt die Wundränder des Sackes nach Art einer Lembert'schen Naht und fixirt zugleich die verschlossene Stelle an die vordere Bauchwand. (Siehe die dem Aufsatze beigegebenen Abbildungen!) Die Enden der Fäden werden nach außen geführt und über Gazestreifen geknotet. Heilt die Wunde aseptisch, so kann man nach 8—10 Tagen die Nähte entfernen, und die Verhältnisse liegen nun wie bei sonstigem primären Verschlusse, ohne dass aber versenkte Nähte dabei zurückbleiben. Im Falle einer Eiterung oder bei Ansammlung toxischer Produkte ist es jedoch leicht möglich, den geschlossenen Sack in einen offenen zu verwandeln. Man entfernt nur das mittlere Schlingenpaar und geht dann mit der Sonde zwischen die verklebten Bauchdecken ein, um in die Höhle des Sackes zu gelangen. Das ist gegenüber einer Relaparotomie natürlich ein leichtes Verfahren. Ferner glaubt Verf., dass die 8—12tägige Fixirung des Sackes auch durchaus keine dauernde Befestigung an der Bauchwand bewirke, sondern dass sich diese Verwachsungen unter dem Einflusse der Bewegungen der Bauchorgane wieder lösen, so dass eine normale Lage der Baucheingeweide wieder hergestellt werde.

Übrigens sind auch mit dieser Verbesserung der Technik nicht alle Fälle glatt verlaufen, wie aus den der Arbeit beigefügten Krankengeschichten ersichtlich ist.

Das hauptsächliche Resultat seiner Betrachtungen und Erfahrungen geht also für den Autor dahin, man solle wo möglich auch in der Echinokokkenbehandlung eine prima intentio erzielen, aber nie unter Lebensgefahr des Pat. Eine Vereinigung der Vortheile des Bobrow'schen Verfahrens mit der Vermeidung tödlicher Komplikationen scheint ihm jedenfalls am ehesten durch seine Modifikation ermöglicht zu sein. **F. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

20) **Ehret** und **Stolz.** Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Cholelithiasis.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. VI. Hft. 3; Bd. VII. Hft. 2 u. 3.)

Als Vorarbeit zu experimentellen Untersuchungen über Cholelithiasis suchten Verff. den Keimgehalt der normalen Galle festzustellen. Unter allen Kautelen wurde lebenden Meerschweinchen und Hunden, so wie ganz frisch geschlachteten Rindern Galle entnommen; unter 15 Meerschweinchen wurden bei 11, unter 7 Hunden bei 5, unter 64 Rindern bei 47 Keime nachgewiesen. Trotzdem kann man mit normaler Galle für gewöhnlich keine Peritonitis erzeugen, weil die Menge der Keime zu gering ist. Neben vielen anderen Keimen fanden sich besonders oft zwei Arten: das Bacterium coli commune und ein zur Gruppe des Bacillus mesentericus gehöriges Stäbchen.

Die in der normalen Galle vorkommenden Keime stammen in der Regel aus dem Darme und gelangen für gewöhnlich durch Invasion vom Darme aus in die Gallenblase. Einzelne Keime können auf der Blutbahn hinein gelangen; das sind jedoch Ausnahmefälle, die Übergänge zu pathologischen Verhältnissen darstellen.

In dem zweiten Theile der Arbeit geben Verff. die Ergebnisse der Untersuchungen über den Keimgehalt der Gallenblase bei Störungen der Motilität. Schon die Experimente anderer Autoren hatten ergeben, dass die Gallenwege der Meerschweinchen und Kaninchen und in noch weit höherem Maße die des Hundes die Fähigkeit haben, eine nicht allzu virulente Infektion in kurzer Zeit mit Leichtigkeit zu überwinden, falls sie sonst keiner Schädigung unterworfen werden. Verff. suchten nun zu konstatiren, wie ohne jede künstliche Infektion die so häufig in der normalen Galle enthaltenen Keime sich verhalten, wenn die Motilität der Gallenwege in irgend einer Weise geschädigt ist. Sie machten eine einfache Incision in die Gallenblase und nähten sie wieder zu, oder sie brachten Porzellankügelchen und Quarzstücke in die Gallenblase, oder ein eiförmiges Drahtgestell; bei letzterem war die Verstopfung des Cysticus durch den Fremdkörper ausgeschlossen, es kam also zu einer bloßen Stagnation der Galle, es blieb nur Residualgalle

in der Blase zurück. Alle diese Experimente bewiesen übereinstimmend, dass dadurch die Proliferation der in der Gallenblase oft vorhandenen Keime in hohem Grade begünstigt wird. Für einen Theil der natürlichen Gallensteine kommt noch ihre Porosität in demselben Sinne in Betracht.

Gestützt werden diese Anschauungen durch klinische Erfahrungen. So ist bekannt, dass fast regelmäßig beim Typhus eine Invasion der Gallenblase mit Typhusbacillen stattfindet. Verff. stellen nun in einer Tabelle alle Befunde über Typhusbacillen in der Gallenblase zusammen und konstatiren, dass ungewöhnlich oft, unter 32 Fällen 20mal, zugleich Gallensteine vorhanden waren. Diese Thatsache ist nur so zu erklären, dass in den Konkremente enthaltenden Gallenblasen die Typhusbacillen besonders günstige Verhältnisse zu ihrer Ansiedlung, zu ihrer Vermehrung und Entfaltung ihrer deletären Eigenschaften finden. **Haeckel** (Stettin).

---

21) **Herrmann.** Über Recidive nach Gallensteinoperationen.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. VI. Hft. 3.)

Gewiss sind die Karlsbader Ärzte besonders gut in der Lage, Material zu sammeln über die endgültigen Erfolge von Gallensteinoperationen, da die Kranken, denen der Chirurg nicht dauernd geholfen hat, sich nicht mehr an diesen, sondern wieder an den inneren Arzt und besonders nach Karlsbad wenden. Daher ist es zur Erkenntnis des wahren Werthes der Gallensteinoperationen von hoher Bedeutung, wenn von nicht operativer Seite Material zu dieser Frage herbeigebracht wird. So fügt H., Spitalsdirektor in Karlsbad, den früher von ihm mitgetheilten 7 Fällen von Recidiv nach Gallensteinoperationen (s. dieses Centralblatt 1899, p. 487) nun 4 neue im Jahre 1899 beobachtete Fälle hinzu.

In zweien dieser Fälle ist Abgang von Steinen nach der Operation nicht konstatirt worden; jedoch spricht der Charakter der beobachteten Anfälle entschieden dafür, dass es sich nicht bloß um Verwachsungen, sondern wirklich um Steine gehandelt habe. Da die eine dieser beiden Kranken $3^1/_2$ Jahr nach der Operation frei von Anfällen blieb, so schließt H., dass es sich bei ihr auch nicht etwa um Steine gehandelt haben könne, die etwa bei der Operation zurückgeblieben seien, sondern dass die Steine neugebildet sein müssen.

In den beiden anderen Fällen ist vom Hausarzte resp. von H. selbst Abgang von Steinen 8 Monate resp. 3 Jahre nach der Operation festgestellt worden. Diese beiden Fälle sind also völlig einwandsfrei. H. schließt aus der Länge der Zeit, die zwischen Operation und neuerlichem Nachweis der Steine verstrichen, dass es sich nicht um zurückgelassene Steine, sondern um neugebildete handle. Ob man dem beipflichten soll, will Ref. dahingestellt sein lassen. Sehr zu denken giebt aber der Umstand, dass gerade diese beiden sicher gestellten Fälle von Steinrecidiv Kranke betreffen, welchen die

Gallenblase exstirpirt worden war, während doch gerade diese Operationsmethode nach Manchen die sicherste Gewähr für Radikalheilung bieten soll. **Haeckel** (Stettin).

---

22) **L. E. Opie.** The relation of cholelithiasis to disease of the pancreas and to fat necrosis.

(Amer. journ. of the med. sciences 1901. Januar.)

Nach Besprechung der anatomischen Beziehungen zwischen dem Choledochus und dem Ausführungsgange des Pankreas und den Folgen, welche eine Kompression des letzteren hervorzurufen vermag, berichtet O. über folgenden Fall.

Ein 47jähriger Mann, der abgesehen von häufigeren Indigestionen bis vor 6 Monaten gesund gewesen war, erkrankte damals an einem 3 Wochen anhaltenden Ikterus mit Leibschmerzen und Fieber. Der 2. Anfall begann plötzlich, 3 Wochen vor dem Tode, mit heftiger Übelkeit und Erbrechen, intensiven, krampfartigen Schmerzen im Leibe, Druckempfindlichkeit im rechten Hypochondrium und leichtem Ikterus. Die Palpation ergab eine undeutliche Geschwulst am Epigastrium; es bestand unregelmäßiges Fieber und Vermehrung der weißen Blutzellen. Die Diagnose wurde auf akute eitrige Pankreatitis gestellt und am 21. Tage nach Beginn der Symptome unter Cocainanästhesie operirt. Eine Abscesshöhle wurde nach Durchtrennung des Mesocolon transversum eröffnet und drainirt; Tod nach 4 Stunden.

Die Obduktion ergab einen kleinen Gallenstein im Choledochus dicht vor seiner Mündung in einer solchen Lage, dass er den Wirsung'schen Gang komprimirt und vielleicht verschlossen haben konnte. In der Bursa omentalis ein großer Abscess, dessen Wände großentheils von nekrotischem Fett gebildet wurden; Herde von Fettnekrose im subperitonealen Gewebe. Pankreas zum großen Theile gut erhalten, aber das interstitielle Gewebe vermehrt und Zeichen von Hämorrhagien in demselben. Die Vorderfläche des Pankreas bedeckt mit beträchtlichen Mengen alten, geronnenen Blutes, das wie gangränöses Gewebe aussieht und die tastbare Geschwulst gebildet hatte. Die anstoßende oberflächliche Drüsenschicht nekrotisch. Als Zeichen von Verstopfung des Ausführungsganges waren viele Alveolen dilatirt und Vermehrung des interstitiellen Bindegewebes zu konstatiren; die größeren Gänge nicht erweitert.

Da der Ikterus gering und der Ductus pancreaticus nicht dilatirt war, so nimmt O. an, dass der Stein nur vorübergehende Verlegung beider Gänge bewirkte; trotzdem hält er eine temporäre Unterbrechung des Abflusses des Pankreassekretes für die Ursache des Leidens.

Er stützt diese Annahme durch eine Anzahl ähnlicher Fälle aus der Litteratur und fasst seine Ansicht über den Zusammenhang zwischen Cholelithiasis und Pankreaserkrankungen folgendermaßen zusammen:

Die Einkeilung eines Steines nahe der Öffnung des Choledochus kann zugleich den Wirsung'schen Gang komprimiren und verschließen und ist nicht selten die Ursache von Pankreaserkrankungen und disseminirter Fettnekrose. Die Folgen der Steineinklemmung an dieser Stelle können verschieden sein.

1) Ein Individuum, gewöhnlich in ziemlich gutem Gesundheitszustande, bei dem vielleicht Gallensteinkoliken vorausgegangen sind,

erkrankt plötzlich mit Schmerzen im Epigastrium, Erbrechen und Collaps. Der Tod tritt gewöhnlich innerhalb 48 Stunden ein, bei der Autopsie finden sich Steine in den Gallenwegen, während derjenige, der den tödlichen Anfall verschuldete, noch im Choledochus nahe seiner Mündung stecken kann. Das Pankreas ist vergrößert, blutig infiltrirt; event. Hämorrhagien in der Umgebung und gewöhnlich Herde von Fettnekrose.

2) Der tödliche Ausgang braucht den erwähnten Symptomen nicht rasch zu folgen. Der epigastrische Schmerz bleibt bestehen, Ikterus kann vorhanden sein und eine Geschwulst oberhalb des Nabels auf eine wahrscheinliche Pankreaserkrankung hinweisen. Nach einer oder mehreren Wochen oder Monaten tritt der Tod ein, oft unter Symptomen, die auf eine eitrige Entzündung hindeuten, voraussichtlich in der Nachbarschaft der Drüse. Bei der Autopsie wird die Diagnose auf Cholelithiasis durch die Anwesenheit von Steinen in der Gallenblase oder den Gängen bestätigt, und gelegentlich findet man den schuldigen Stein noch in der Nähe der Vereinigung des Choledochus und des Ductus pancreaticus. Das Pankreas ist trocken, schwarz, nekrotisch, und Zeichen einer früheren Blutung können vorhanden sein. Sekundäre Infektion ist eingetreten, und das Pankreas liegt in einer von der Bursa omentalis gebildeten Abscesshöhle. In ihrer Wand und oft weit zerstreut im Fette der Bauchhöhle sind Herde von Fettnekrose. Da das Individuum die primäre Läsion überlebt hatte, so war Gelegenheit gegeben für die Entwicklung der sekundären Veränderungen in dem geschädigten Pankreas und dem benachbarten Fettgewebe.

3) In gewissen Fällen verursacht eine lange bestehende oder wiederholte Obstruktion des Ductus pancreaticus durch Gallensteine nicht die beschriebenen akuten Läsionen, sondern chronisch entzündliche Veränderungen.

R. v. Hippel (Dresden).

Kleinere Mittheilungen.

Akuter intraperitonealer Erguss — ein Frühsymptom innerer Einklemmung.

Von

Prof. **Carl Bayer** in Prag.

Wenn ich nochmals das Wort ergreife, um zu der von Braun, Gangolphe, Camichel, Brault und auch von mir bereits zu wiederholten Malen hervorgehobenen diagnostischen Bedeutung »akuter intraperitonealer Ergüsse« abermals einen Beitrag zu bringen, so geschieht dies aus dem Grunde, weil der mitzutheilende Fall den von mir ausgesprochenen Satz[1]: »dass ein akut aufgetretener Erguss in die Bauchhöhle bei kolikartigem, stetig sich steigerndem, ziemlich lokalisirtem Schmerze schon vor allen übrigen, das Bild der Incarceration

---

[1] Cf. Prager med. Wochenschrift 1898. No. 48 u. 49; Ärztliche Praxis 1898. No. 24; Prager med. Wochenschrift 1901. No. 1; Centralblatt für Chirurgie 1899. No. 23.

vollendenden Symptomen für innere Einklemmung spricht«, wiederum vollinhaltlich bestätigt, und weil die große Wichtigkeit dieses »Frühsymptoms« die Mittheilung jeder weiteren Beobachtung als sehr erwünscht erscheinen lässt. Sind wir doch trotz allem Fortschritte auch in der Diagnostik »der inneren Incarceration« nicht selten ganz außer Stande, frühzeitig das entscheidende Wort auszusprechen, gerade wo das Abwarten deutlicher Symptome — wenn anders wir nicht plan- und diagnosenlos probelaparotomiren wollen — leicht verhängnisvoll wird!

Die folgende Beobachtung beweist es wiederum, dass eine plötzliche Flüssigkeitsansammlung im Unterleibe bei Verdacht auf Incarceration ein sicheres Frühsympton bestehender Einklemmung ist.

Herr S., 19 Jahre alt, erkrankte am 27. Februar l. J., bald nachdem er ein widerspenstiges stoßendes Pferd geritten, plötzlich unter Erbrechen und intensiven Kolikschmerzen, welche trotz Morphium und Infusionen bis zum nächsten Tage stetig zunahmen. Desswegen vom behandelnden Arzte, Herrn Dr. Fantl, zugezogen, fand ich am 28. Februar krampfhaft eingezogenen Unterleib, galliges Erbrechen, im Rectum Scybala. Der Schmerz wurde vom Kranken rechts vom Nabel lokalisirt; objektiv war nichts zu finden.

Therapie: Entfernung der Rectalkothmassen durch ein Klysma (Pat. hatte angeblich unmittelbar vor dem Ritte reichliche Stuhlentleerung gehabt), Morphium.

1. März: Status idem; anhaltendes Erbrechen galliger Massen; anfallsweiser Schmerz, doch ohne sichtbare Peristaltik; kein Meteorismus, aber deutliche Dämpfung beiderseits etwa handbreit in Rückenlage, bei Lagewechsel einseitig breiter nachweisbar. Diagnose: Incarceratio interna unbestimmter Art, wahrscheinlich rechts. Bis Abend Zunahme der Dämpfung bei sonst unverändertem Krankheitsbilde. Ölinfus ohne Erfolg.

2. März früh Transport Behufs Laparotomie ins Sanatorium Bloch; da sind Flatus abgegangen, Pat. fühlt sich sehr erleichtert. Es wird beschlossen, zu warten.

In Folge einer fieberhaften Erkrankung, die mich 2 Tage im Bette hielt, sah ich den Kranken erst am 5. März früh wieder. Laut Bericht des Herrn Dr. Fantl hatte sich der Zustand des Kranken schon am 4. März wieder verschlimmert, indem Schmerz und Erbrechen in früherer Heftigkeit wieder aufgetreten sind und seitdem fortdauern.

Außer einem ganz mäßigen Meteorismus der mittleren Bauchgegend, etwas deutlicher links als rechts, und der noch immer nachweisbaren Dämpfung mit Ortswechsel je nach der Lage des Kranken, war auch jetzt nichts durchzutasten, auch in der Narkose nicht.

Laparotomie in Chloroformnarkose: Abfluss von $^3/_4$ Liter hämorrhagisch-seröser Flüssigkeit. Das Ileum ist etwa 30 cm von der Bauhin'schen Klappe von dem um seine Achse einmal gedrehten und nahe dem Mesenterialansatze dieser Ileumschlinge durch feste fibrinöse Adhäsionen anhaftenden Processus vermiformis cirkulär abgeschnürt, aufwärts von dieser Stelle stark angefüllt und gebläht, abwärts leer, kollabirt, blass. Bei dem Versuche, die Spitze des Proc. vermif. stumpf abzulösen, reißt die hier bereits gangränöse Wand desselben ein, und es läuft etwas trübe Jauche aus, die mittels Bauschen aufgefangen wird. Abklemmung der Rissstelle mit einem Péan; Abtragung des Processus nahe dem Coecum, Einstülpungsnaht, stumpfe Ablösung des provisorisch mit Jodoformgaze umpackten an 10 cm langen Wurmfortsatzrestes. Die eingeschnürte Ileumschlinge zeigt an der Stelle der Anlöthung des Processus einen fingerbreiten, an 3 cm langen fibrinösen Belag mit rissiger Serosa; Abreibung der Stelle, Jodoformirung, Übernähung.

Einige Schwierigkeiten bei der Naht der Bauchwunde wegen der strammen, kontrahirten Recti abdominis. Drain im unteren Wundwinkel. Vor Anlegung des Verbandes wird der Kranke ganz umgewendet, um die inzwischen abermals reichlich im Peritonealsacke angesammelte blutig-seröse Flüssigkeit möglichst zu entleeren. Es läuft davon sehr viel durch das Drainrohr ab. Feuchte Ein-

packungen des Unterleibes mit sterilen, in essigsaure Thonerde getauchten Gaze- und Wattelonguetten, um die Ansaugung mit der Wirkung eines Prießnitz zu kombiniren.

Tadelloser, fieberfreier Verlauf.

Der Kranke wurde am 21. März geheilt entlassen.

Die Incarceration ist nach meiner Vorstellung folgendermaßen zu Stande gekommen. Der abnorm lange Proc. vermiformis hatte sich bei den heftigen Leibesbewegungen einmal um seine Längsachse gedreht; in Folge dessen schnürte er sich durch den Rand seines Mesenteriolum selbst ab; die dadurch verursachte Cirkulationsstörung seiner distalen Hälfte führte zu einer entzündlichen Anlöthung am Dünndarme; das Übrige ist klar.

Die Annahme einer primären »Epityphlitis« wird, abgesehen von dem Verlaufe, durch den Befund am exstirpirten Processus hinfällig: nur die von der Drehungsstelle des Processus distal gelegene Hälfte desselben zeigte Gangrän; die proximale war vollkommen normal.

Aus dem galligen Erbrechen und Schmerz mit 1tägiger Darmundurchgängigkeit konnte man mit Hilfe der Anamnese eine Incarceration wohl vermuthen; sicherzustellen war sie Mangels anderer positiver Symptome nicht. Das einzig sichere Symptom war der schon am 2. Tage der Erkrankung nachweisbare und weiter zunehmende Erguss, der mich auch veranlasste, gleich schon am 2. Tage die Laparotomie vorzuschlagen, und es lehrt der Fall wiederum die große Wichtigkeit des akuten intraperitonealen Ergusses und seine Bedeutung als Frühsymptom.

---

23) **Bertelsmann.** Entfernung eines vor 3 Wochen verschluckten künstlichen Gebisses durch Ösophagotomie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 20.)

Das Gebiss steckte in der Höhe des Manubr. sterni. Verschiedene Extraktionsversuche mit Schlundsonden waren missglückt. Schnitt an der linken Halsseite in der Rinne zwischen Trachea und Sternocleidomastoideus. Wegen beträchtlichen Kropfes musste der Omohyoideus durchschnitten werden. Nach Fixirung der Speiseröhre durch einen Seidenfaden Incision derselben. Der Fremdkörper war so fest eingekeilt, dass er erst mit dem Finger gelockert werden musste. Naht des Ösophagus, Tamponade der übrigen Wundhöhle. Heilung.

Borchard (Posen).

24) **F. S. Dennis.** Stricture of the oesophagus following typhoid fever. Gastrostomy.

(Transact. of the Amer. surg. assoc. Vol. XVIII.)
Philadelphia, **W. J. Dornan,** 1900.

Der 35jährige Pat. erkrankte im Juli 1897 an Typhus. Im 3. Monate der Krankheit klagte er über ein brennendes Gefühl im unteren Theile der Speiseröhre und expektorirte Blut und blutigen Schleim. Seitdem rasch zunehmende Stenose des Ösophagus. Eine Bougirkur brachte vorübergehend Erleichterung, bald aber wurde das Schlingen wieder schwieriger. Die letzten 3 Monate vor der im April 1898 stattfindenden Aufnahme hat Pat. nichts mehr geschluckt, sondern ist lediglich per rectum ernährt worden. Gewicht unter 100 Pfund gesunken, allgemeine Cyanose, Temperatur 96° F., Puls 48—50, starkes Kältegefühl, verzerrtes Gesicht, Selbstmordgedanken.

Gastrostomie nach Marwedel, Nahrungszufuhr noch auf dem Operationstische. Glatte Heilung; Gewicht jetzt nach 2 Jahren 170—180 Pfund, Pat. fühlt sich kräftig und gesund, wie jemals, arbeitet den ganzen Tag, marschirt 10 engl. Meilen mit größter Leichtigkeit, raucht Cigarren und ist sehr zufrieden mit seinem Zustande. Die Fistel ist absolut kontinent. **R. v. Hippel** (Dresden).



25) **Rydygier.** Meine Erfahrungen über die von mir seit 1880 bis jetzt ausgeführten Magenoperationen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 197.)

Die Arbeit ist auszugsweise schon als Vortrag auf dem Pariser internationalen Ärzte-Kongresse veröffentlicht. R. benutzte denselben, um mit Nachdruck seine Prioritätsrechte hinsichtlich der Pylorusresektion geltend zu machen. Die als erste Billroth'sche Methode benannte Operation verdient diesen Namen nicht, sondern ist nach R. zu benennen. Den Namen nach Billroth hat nur die sog. »2. Billroth'sche« Methode zu führen. Immerhin ist die erste erfolgreiche Resektion Billroth gelungen.

R.'s Operationsmaterial umfasst im Ganzen 100 Fälle und zwar

	wegen Krebs			wegen nicht krebsiger Leiden		
Pylorektomie	25	Mortalität	68%	7	Mortalität	57,1%
Gastroenterostomie	38	»	42,1%	26	»	19,2%
Gastrostomie	3	»	33,3%			
Dilatatio pylori				1	»	0%

R.'s Resultate waren an seinen verschiedenen Thätigkeitsorten ungleich, am schlechtesten in Krakau, wo die Krankenpflege mangelhaft war. Die Endresultate sind nur von 2 Fällen mitzutheilen. Der 1. betrifft eine durch Resektion vor 19 Jahren gesund gewordene Frau mit Geschwür, der 2. ebenfalls einen Geschwürspatienten, vor 18 Jahren operirt, bei dem Verwachsungen gelöst und der Pylorus dilatirt worden sind. Die Pyloroplastik hat R. nie gemacht, eben so wenig den Murphyknopf gebraucht.

Wenn irgend möglich giebt R. der Magenresektion vor der Gastroenterostomie den Vorzug. Beim Carcinom ist sie allein fähig, eine Dauerheilung zu ermöglichen. Man soll viel (5—10 cm) reseciren, auch die Drüsen berücksichtigen, bei noch unklaren schweren Magenleiden soll man probelaparotomiren. Für die Resektion bei Geschwür spricht der Umstand, dass aus Geschwüren Carcinome werden können, dass nach Gastroenterostomie ein nicht beseitigtes Geschwür tödliche Blutung bewirken kann, und dass nach der letzten Operation auch die Gefahr des Circulus vitiosus besteht. Auch für Magenblutung und Magenperforation hält R. die von ihm hierfür aufgestellte Indikation zur Resektion aufrecht. Technisch ist zu erwähnen, dass R. zweietagig näht:

Die erste Nahtreihe umfasst die ganze Dicke der Magen- und Darmwand, wobei man die Nadel möglichst nahe am Rande der Schleimhaut ausstechen muss, die zweite Reihe stülpt die erste ein. Fortlaufender Nahtfaden, und zwar Katgut.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

26) **Nicaise et Salomon.** Kyste hydatique du petit bassin, ayant dédoublé la cloison recto-vaginale.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris. Ann. 6. Sér. 75. No. 9.)

27) **Miliau.** Pathogénie du frémissement hydatique.

(Ibid.)

Im ersten Falle Urinretention durch eine prall fluktuirende Geschwulst, die das hintere Scheidengewölbe stark vorwölbt. Nach Kolpotomie Aspiration von 1300 ccm wasserklarer Flüssigkeit; der Echinokokkensack ließ sich leicht ausschälen, die Höhle wurde nach Delbet verkleinert.

Die zweite Mittheilung beschäftigt sich mit dem Hydatidenschwirren und tritt der Meinung entgegen, als rühre dasselbe von den Tochterblasen her; es kann vorhanden sein, wo diese fehlen, und vermisst werden, wo Tochterblasen entwickelt sind. Ein schlichter Versuch mit einem prall mit Wasser gefüllten Gummifingerlinge zeigt, dass es sich lediglich um die feinwelligen Schwingungen einer dünnwandigen, durch dünnflüssigen Inhalt stark gespannten Blase handelt. Vereiternde Echinokokken geben kein Schwirren.

Christel (Metz).

28) E. Tricomi (Padua). La cura rapida della ciste d'echinococco del fegato.

(Clinica chirurgica 1899. No. 10.)

Zwei Fälle von Leberechinococcus, Operation: einzeitige Exstirpation. Glatte Heilung.

1) 25jährige Frau, adhärente, mannskopfgroße Cyste des linken Leberlappens, Punktion, Ausschälung, Naht des Leberbettes.

2) 34jährige Frau. Mehr als mannskopfgroße Cyste in der Milz und 2faustgroße Cyste des linken Leberlappens. Splenektomie, dann Ausschälung der uneröffneten Lebercyste, Blutstillung durch Kompression der Wundfläche.

J. Sternberg (Wien).

29) De Forest Willard and W. Spiller. Cystic pelvic tumor appearing below Poupart's ligament and containing numerous peculiar loose bodies.

(Transactions of the American surgical association Vol. XVIII.)
Philadelphia, **William J. Dornan,** 1900.

Die sehr eigenthümliche Geschwulst, deren genaue Krankengeschichte und ausführlich geschilderter pathologisch-anatomischer Befund sich einer Wiedergabe im Referat entzieht, betraf einen 46jährigen Mann. Neuritische Symptome im Gebiete des N. cruralis leiteten das Krankheitsbild ein, dann erschien eine Geschwulst in der Leiste, die die A. femoralis vor sich hatte und zunächst als Aneurysma missdeutet wurde. Die Operation legte eine an der Gefäßscheide bis weit ins Becken hinauf reichende Cyste frei, die vollgestopft war mit ganz eigenthümlichen freien Körpern, die keiner Art von bekannten derartigen pathologischen Produkten glichen, auch bei der mikroskopischen Untersuchung durch bedeutende Pathologen sich nicht erklären ließen. 3 Monate später starb Pat. an einer Nephritis. Die genaue Untersuchung der bei der Sektion als Sarkom angesprochenen Geschwulst ergab, dass es sich um Tuberkulose handelte, und die freien Körper ließen sich auf eigenthümliche Degenerationsvorgänge im Muskel zurückführen.

Verff. halten ihren Fall für ein Unikum in der Litteratur.

R. v. Hippel (Dresden).

30) A. Salomoni (Messina). Sutura circolare delle arterie con l'affrontamento dell' endotelio.

(Clinica chirurgica 1900. No. 4.)

Einem Hunde wurde die Aorta abdominalis quer durchschnitten und unter temporärer Kompression so genäht, dass unter Auswärtsstülpung der Wundränder die Intimae der beiden Enden eng an einander gepresst wurden. Dazu wurden Knopfnähte aus feinster Seide verwendet, die, knapp an einander liegend, alle Schichten des Gefäßes fassten. Nach 18 Tagen zeigte die Autopsie eine glatte, nicht verengende Narbe. **J. Sternberg** (Wien).

31) Ch. Prévost. Sur un monstre thoraco-xiphopage.

(Bull. de l'acad. de méd. de Paris Ann. 64. Sér. III. No. 39.)

Die aus der Presse allgemein bekannte Trennung der Thoracopagi Maria Rosalina ist hier ausführlich unter Beigabe von Abbildungen, Radiogrammen, Tabellen beschrieben. Im Berichte ist auch die ätiologische Seite ausführlich besprochen. Die zahlreichen Einzelheiten von Interesse eignen sich nicht zum kurzen Bericht, und es darf daher auf das Original verwiesen werden.

Christel (Metz).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 18. **Sonnabend, den 4. Mai.** **1901.**

1) **Grosglik.** Erfahrungen über die Wirkung des Protargols bei der Gonorrhoe der vorderen Harnröhre.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXII. No. 3.)

G. ist zu dem Resultate gekommen, dass das Protargol in schwachen Lösungen ein mildes, langsam Gonokokken tödtendes Mittel ist, das auch adstringirende Eigenschaften hat, in stärkeren Lösungen reizt, die Komplikationen nicht verhütet, aber seltener macht, die Behandlungsdauer nicht abkürzt — eine Nachbehandlung mit adstringirenden Mitteln sei immer nöthig, von einer specifischen Wirkung sei nicht die Rede.

Jadassohn (Bern).

2) **L. Wälsch.** Weitere Erfahrungen über die Injektionsbehandlung der Bubonen mit physiologischer Kochsalzlösung.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LIV. Hft. 1.)

W. behandelt, wie früher in diesem Centralblatte referirt worden ist, eiternde Bubonen mit Aspiration und nachträglicher Injektion von physiologischer Kochsalzlösung. Einigen absprechenden Urtheilen gegenüber hebt er hervor, dass von 85 Fällen 52 = 62,3% in 15,6 Tagen ausgeheilt sind. Bei den danach übrig bleibenden Pat. musste noch incidirt werden; doch erwies sich eine Auslösung der zerfallenen Drüsen überflüssig. Die Heilung erfolgte schnell. Die Aspirations- und Injektionsbehandlung kann auch ambulant durchgeführt werden. Auffallend wenig Fälle sind schankrös geworden. (Auf einige polemische Bemerkungen W.'s brauche ich hier nicht einzugehen; doch möchte ich betonen, dass das Nicht-schankrös-Werden nicht beweist, dass die Ulcus molle-Bubonen nicht ursprünglich durch die Ulcus molle-Bacillen bedingt werden; die letzteren können sehr wohl nach erfolgter Vereiterung zu Grunde gehen. Ob nicht diejenigen Bubonen, in denen das schon erfolgt ist, auch ohne alle Injektion nur durch Aspiration zur Heilung kommen?)

Jadassohn (Bern).

3) **Audry.** Réflexions sur la syphilis.

(Ann. de dermatol. et de syphil. 1900. No. 2.)

Verf. glaubt, dass die Inkubation der Syphilis dauere bis zum Eintritte der Roseola, nicht bis zum Sichtbarwerden des Schankers; denn dieser sei bereits in Bildung begriffen, wenn die erste Zelle des Organismus durch das Virus inficirt sei.

Der Syphilitiker erscheint ihm als ein Individuum, das mit einer allgemeinen Gefäßentzündung nach einer primären Blutinfektion behaftet ist. Die Gefäßentzündung neige zu Rückfällen und verursache sowohl sekundäre wie tertiäre Ausbrüche. Danach sind also auch Veränderungen letzterer Art ein Zeichen dafür, dass vielleicht schon bei der primären Blutinfektion hier an Ort und Stelle Schädigungen entstanden sind.

V. Klingmüller (Breslau).

4) **E. Heuss.** Beitrag zur Kenntnis der Atrophia maculosa cutis (Anetodermia erythematodes Jadassohn).

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXII. No. 1 u. 2.)

In einer sehr eingehenden Arbeit bespricht H. einen Fall dieser sehr seltenen Krankheit, die wenig praktisches, dagegen größeres theoretisches Interesse hat; sie ist durch fleckige Atrophie der Haut mit eigenthümlicher Weichheit — durch Verlust des elastischen Gewebes — charakterisirt; entzündliche Erscheinungen sind sehr unbedeutend. Auf Grund seiner eigenen Untersuchungen und des in der Litteratur niedergelegten Materiales unterscheidet H. eine idiopathische und sekundäre Form (im Anschlusse an Gefäßerkran-

kungen und Geschwülste) und endlich eine Form mit nachfolgender Geschwulstbildung (speciell Keloiden). Dem Leserkreise dieses Blattes liegt ein näheres Eingehen auf dieses rein dermatologische Kapitel wohl zu fern. **Jadassohn** (Bern).

---

5) **J. Neumann.** Das Syringocystom.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LIV. Hft. 1.)

Diese nach den Erfahrungen des Ref. nicht gerade übermäßig seltene Affektion (ich habe jetzt 5 typische Fälle zusammenstellen lassen) besteht in kleinen weiß-gelblichen bis bräunlich-rothen kutanen Geschwülsten, deren Lieblingslokalisation von der Unteraugenlidgegend und von der Brust dargestellt wird. Sie entstehen meist in früher Jugend, machen keine Beschwerden, vermehren sich bis zu einem gewissen Zeitpunkte und sind ganz harmlose Gebilde, die praktisch nur als Schönheitsfehler und der Differentialdiagnose wegen Bedeutung haben. Theoretisch sind sie sehr interessant wegen der Schwierigkeiten, ihre Histogenese aufzuklären. Die Neubildungen enthalten nämlich Zellstränge mit einer kolloiden, zu Cystenbildung führenden Degeneration, und diese Stränge werden von den Einen für endothelialer Natur gehalten und bald als Lymphangiome, bald als Hämangioendotheliome gedeutet; die Anderen sind von der epithelialen Natur derselben überzeugt und sprechen entweder von Syringocystomen oder von Epitheliomen. N. hat 2 Fälle beobachtet und zweifelt nicht daran, dass die Schweißdrüsenausführungsgänge und Knäuel den Ausgangspunkt der Stränge bilden. (Dieser Beweis scheint mir durch N.'s Darstellung und Bilder nicht erbracht; dagegen muss ich nach Untersuchungen Dr. Gassmann's an meiner Klinik allerdings erklären, dass ich an der epithelialen Abstammung dieser Gebilde nicht mehr zweifeln kann.) **Jadassohn** (Bern).

---

6) **P. G. Unna.** Über die ätiologische Bedeutung der beim Ekzem gefundenen Kokken.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXI. No. 5.)

Früher hatte U. einen Coccus, den er als Morococcus beschrieben hatte, als den Erreger des Ekzems bezeichnet. Nachdem er neuerdings eine große Anzahl verschiedener Kokkentypen aus Ekzemen herausgezüchtet hatte, sah er sich vor die Nothwendigkeit gestellt, seine älteren Angaben zurückzunehmen und die Beziehungen dieser neuen und nach neuen Methoden differenzirten Bakterien zu den Ekzemen zu erforschen. Er beschäftigte sich mit denjenigen Typen, die bei vielen Fällen vorkommen, zu klinisch gleichartigen Fällen gehören oder bei einem oder wenigen Fällen ganz allein zu finden sind, welche bei Brutofentemperatur besser gedeihen, als bei Zimmertemperatur und eine Vorliebe für sauren Nährboden besitzen. Er hat diese Kokken auf der einen Seite auf Thiere, speciell auf einen Hund überimpft und hat speciell mit 2 Typen »histobakteriologisch

charakteristische« Ekzeme, mit 2 anderen nur »ekzemähnliche« Veränderungen erzeugt. Auf der anderen Seite hat er auch Impfversuche am Menschen gemacht und mit den beiden erstgenannten Typen klinisch sichere Ekzeme erzeugt.

(Mit diesen Andeutungen muss ich mich hier begnügen; in Paris, wo die Frage des parasitären Ursprunges der Ekzeme auf der Tagesordnung stand, waren fast alle Autoren, die sich mit dieser Frage experimentell beschäftigt oder Arbeiten darüber in ihrem Laboratorium hatten anfertigen lassen — Kaposi, Kreibich', Brocq-Veillon, Sabouraud, der Ref. auf Grund von Untersuchungen von Frédéric — einig darüber, dass die ganz frischen Ekzembläschen beim Menschen frei von Bakterien sind, die auf unseren Nährböden wachsen; auch Neisser, aus dessen Klinik Scholtz und Raab eine Arbeit publicirt hatten, nach welcher der Staphylococcus pyogenes aureus ein konstanter und daher zum Zustandekommen des Ekzems nothwendiger Faktor sei, erklärte, dass er an die Sterilität frischer Ekzemefflorescenzen glaube; U. gab zu, dass er diese jüngsten Stadien, deren Untersuchung aber doch das Wichtigste war, nicht geprüft habe — dadurch aber wird den oben referirten Mittheilungen ihr Werth für die Ekzemätiologie geraubt; welche Bedeutung die Bakterien für den Verlauf der Ekzeme haben, zu bestimmen, bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten.)

Jadassohn (Bern).

---

7) **P. G. Unna.** Versuch einer botanischen Klassifikation der beim Ekzem gefundenen Kokkenarten nebst Bemerkungen über ein natürliches System der Kokken überhaupt. A. Allgemeiner Theil.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXI. No. 1.)

U. hat versucht, die 23 Kokkenarten, die er aus ekzematöser Haut gezüchtet hat, einzutheilen, indem er ihren Theilungsmodus genauer untersuchte und zum Princip eines Systems der Kokken machte. Durch Messung der einzelnen Kokken in ihren kleinsten und größten Exemplaren, durch Beobachtung ihrer Formveränderung, ihrer färberischen Eigenschaften, ihrer »Klebetheilung« (Theilung der Kokken ohne gleichzeitige Theilung der Hülle), die sich in Absätzen, in »Stufen« vollzieht, ist er dazu gelangt, ein- und mehrstufige Kokken, Monaden, Dyaden, Tetraden etc., mono-, di-, tri- etc. klimakterische Kokken zu unterscheiden.

Die Begründung dieses Systems, dessen Berechtigung erst aus eingehenden Nachuntersuchungen wird erschlossen werden können, muss von den speciell bakteriologisch Interessirten im Originale nachgelesen werden.

Jadassohn (Bern).

---

8) L. Moberg und P. G. Unna. Versuch einer botanischen Klassifikation der beim Ekzem gefundenen Kokkenarten nebst Bemerkungen über ein natürliches System der Kokken überhaupt. B. Specieller Theil.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXI. No. 2.)

In dieser Arbeit werden die 23 Kokkenarten, welche U. aus den verschiedensten Ekzemen gezüchtet hat, näher charakterisirt und nach dem von ihm gegebenen System eingetheilt. Die Autoren behaupten, dass diese Arten konstant verschiedene Charaktere haben. Über die Details der einzelnen Beschreibungen ist das Original einzusehen.

Jadassohn (Bern).

---

9) Kreibich. Recherches bactériologiques sur la nature parasitaire des éczémas.

(Annal. de dermatol. et de syphil. 1900. No. 5.)

K., ein Schüler Kaposi's, spricht sich gegen die parasitäre Natur des Ekzems aus. Er untersuchte die frischen, 2—8 Tage alten Bläschen akuter Ekzeme in 41 Fällen, im Ganzen etwa 160 bis 170 Bläschen, und fand sie meistens steril. Erst im späteren Verlaufe dringen Mikroorganismen in die Blasen ein, und zwar findet man dann weiße, gelbe Staphylokokken und Streptokokken. Impfungen auf der eigenen Haut mit der serösen Flüssigkeit von Bläschen oder mit Reinkulturen der daraus gezüchteten Mikroben verursachten zwar das Auftreten papulöser Knötchen oder kleiner Bläschen; diese trockneten aber schnell wieder ein, so dass K. nicht glaubt, damit experimentell Ekzem hervorgerufen zu haben.

V. Klingmüller (Breslau).

---

10) Veillon. Recherches bactériologiques sur l'eczéma.

(Ann. de dermatol. et de syph. 1900. No. 6.)

V. untersuchte auf Veranlassung seines Lehrers Brocq die frischen Blasen banaler Ekzeme und fand sie fast ausnahmslos steril. Sie blieben steril eben so wie die heraustretende Flüssigkeit, wenn er sie nach Desinfektion mit einem sterilen Zinkleim bedeckte. Anderenfalls ließen sich Staphylokokken und selten Streptokokken nachweisen. Die Flüssigkeit nässender Ekzemflächen enthielt ferner reichlich gelbe Staphylokokken, die nach dem Verf. identisch sind mit denen anderer Provenienz (Furunkel, Abscess, Osteomyelitis). Dieselbe Mikrobienflora haben Krusten, Schuppen (weniger reichlich), gesunde Haut ekzematöser und gesunder Individuen, wenn auch sehr spärlich, und mannigfache andere Affektionen: Geschwüre, Verbrennungen, Gangrän trophoneurotischen Ursprunges, Dermatitis herpetiformis, Psoriasis, Syphilis. V. gelang es nicht, experimentell Ekzem zu erzeugen; bei Impfungen auf die menschliche Haut bildete sich nur eine leichte Irritation oder kleine Bläschen, die bald wieder verschwanden, aber kein regelrechtes Ekzem. Demnach ist

also nach V. ein specifischer Parasit für das Ekzem nicht bewiesen. Die gefundenen Mikroben bedingen eine Sekundärinfektion, deren Rolle für das Ekzem nicht aufgeklärt ist, die aber die Ursache sind für die häufigsten Komplikationen des Ekzems: Furunkel, Follikulitiden, Abscesse und Eiterungen.

Folgender interessante Versuch des Verf. sei noch angeführt. Er immunisirte im Laufe eines Jahres ein Pferd in gewissem Grade mit Staphylokokken. Das Serum dieses Pferdes war nicht sehr aktiv, verzögerte aber doch den Tod von Thieren, die mit einer sehr virulenten Staphylokokkenkultur inficirt waren. Die Behandlung ekzematöser Individuen mit diesem Serum hatte keinen Erfolg.

V. Klingmüller (Breslau).

---

11) P. G. Unna. Ichthargan und Ichthoform.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXII. No. 2.)

U. empfiehlt das Ichthargan (1—5%ig mit Talcum) zur Behandlung von Fußgeschwüren als »keratoplastisches« Mittel (bei alten Geschwüren mit callösen Rändern zugleich mit Bedeckung mit Salicyl-Creosot- oder Salicyl-Cannabis-Pflastermull) und bei schlaffen Granulationen als Adstringens.

Das Ichthoform wurde in einer Zinkoxyd-Kieselgurpaste bei umschriebenen papulo-vesiculösen, bei rein pityriasiformen und bei psoriasiformen Ekzemen mit Erfolg verwendet. **Jadassohn** (Bern).

---

12) O. Werler. Das Itrol in der Behandlung der Hautkrankheiten.

(Allgemeine med. Central-Zeitung 1899. No. 99.)

W. empfiehlt das Itrol zur Behandlung der verschiedensten Hautaffektionen: Furunkel, phlegmonöse Entzündungen, Ekzeme, Impetigo, Balanitis, Rhagaden und Fissuren, Ulcera cruris etc. etc. Er verwendet: Lösung von 1 : 10—4000, Itrolpulver rein oder mit Talcum (0,5—5,0%) gemischt, Itrolvaselin (0,5—2,0%) und Itrolstäbchen mit Ol. Cacao und Cera alba (1—2%). **Jadassohn** (Bern).

---

13) G. Nobl. Ergebnis der chirurgisch-plastischen, so wie anderer Methoden der aktuellen Lupustherapie.

(Centralblatt für die gesammte Therapie 1900. No. 4—7.)

Bei dieser eingehenden Besprechung der verschiedenen gegen Lupus angewendeten Behandlungsmethoden betont N. die unzureichende Wirksamkeit der Tuberkuline und äußert sich (wie Ref. glaubt, mit Recht) sehr kritisch über die angeblichen Resultate der Therapie mit Kalomelinjektionen — fraglich ist es allerdings, ob man die Besserungen wirklich »auf eine durch die Injektionen angeregte Hebung des Stoffwechsels beziehen« kann, »wodurch die in Abstoßung begriffenen nekrotischen Massen rascher zur Ab-

bröckelung gelangen«. N. spricht sich bei der Röntgenbehandlung besonders über die Gefahren der tiefgreifenden Ulcerationen aus und referirt über die Finsen'sche Methode. Am eingehendsten aber erörtert er die Excision mit nachfolgender Transplantation nach Thiersch und nach Krause, betont die Vortheile der letzteren, berichtet über einige histologische Untersuchungen und giebt dann 20 Krankengeschichten operirter Fälle, die zum Theil lange genug verfolgt wurden, um die Heilungsresultate als definitive bezeichnen zu können. **Jadassohn** (Bern).

---

14) **A. Lorenz.** Weiland Eduard Albert's Leistungen auf dem Gebiete der orthopädischen Chirurgie.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. VIII. Hft. 3 u. 4.)

Um eine Pflicht der Pietät zu erfüllen, hat L. diejenigen Arbeiten zusammengestellt, welche Albert auf dem Gebiete der orthopädischen Chirurgie, für welche er eine besondere Vorliebe hatte, veröffentlicht hat. Von diesen Arbeiten sind die in den letzten Jahren erschienenen über Skoliose, Kniegelenksverkrümmungen, Coxa vara und innere Architektur der Knochen noch in frischer Erinnerung. Durch kurze Inhaltsangaben aller einschlägigen Arbeiten hat es L. meisterlich verstanden, ein Bild von der Bedeutung Albert's für die Orthopädie zu entwerfen. Albert war ein »Theoretiker« dieser Specialdisciplin, der keinen anderen Lohn suchte als jenen, »der in der Freude des Erkennens und in der Vermittlung des Erkannten an Andere gelegen ist«. Albert zu Ehren, welcher die Knochenblättchen der Spongiosa eintheilte in Kontourlamellen und Radianten, bezeichnet L. den Radianten im distalen Femurende, den Albert unteren Schenkelsporn nannte, als »Albert'schen Schenkelsporn« und die von Albert mit dem Adams'schen Bogen verglichene Tragleiste am Sustentaculum tali als »Albert'schen Bogen«.

J. Riedinger (Würzburg).

---

15) **L. R. Regnier.** La mécanothérapie, application du mouvement à la cure des maladies.

Paris, **Baillière et fils,** 1901. 89 S., 6 Fig.

G. Zander's Gymnastikmethode ist, wie Verf., Chefarzt am Hôpital de la Charité in Paris, hervorhebt, für die französischen Ärzte eine »Actualité médicale«. Verf. hat sich desshalb nach Errichtung Zander'scher Institute in Paris der Aufgabe unterzogen, in einem Leitfaden der Mechanotherapie diese Methode zu beschreiben. Er folgt hierbei den Ausführungen schon bestehender Abhandlungen. Nach einer gedrängten Übersicht über Geschichte der schwedischen Heilgymnastik, über Gymnastik im Allgemeinen, über Zander's Apparate im Speciellen und über allgemeine Indikationen werden die Krankheiten einzeln durchgesprochen, die sich für eine Bewegungskur eignen. Nebenbei findet sich die Beschreibung einiger neuerer,



durch elektrische Kraft zu betreibender Apparate zur Vibrationsmassage. R. empfiehlt besonders den leicht zu transportirenden und einfachen Garnault'schen Vibrator. J. Riedinger (Würzburg).

---

16) **P. Lorenzen** (Kopenhagen). Die Ätiologie der Deviationen des Rumpfes.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. VIII. Hft. 3 u. 4.)

Verf. möchte die Haltungsanomalien, welche willkürlich noch vollständig ausgeglichen werden können, nicht zu den Deformitäten gerechnet haben. Erstere sollen desshalb auch nicht den Namen Skoliose oder Kyphose tragen. Die Eintheilung in Haltungsanomalien und Deformitäten verlangt aber eine genaue Kenntnis der Entstehungsweise aller Rumpfdeviationen. Haltungsanomalie ist habituelle Ruhehaltung in Folge von Gewohnheit, Ermüdung oder Schwäche. Zum Wesen der Deformität oder der fixirten Haltungsanomalie dagegen gehört die Existenz eines Krankheitszustandes »mit universellen oder in der Umgebung der Wirbel lokalisirten Manifestationen«. Hierher zu rechnen sind Rachitis und destruirende Processe, ferner Gelenk- und Muskelrheumatismus, akute und chronische Myositis, Pleuritis, Erkrankungen der Unterleibsorgane, Ischias. Der Bedeutung dieser Krankheitszustände für die Ätiologie der Deviationen des oberen und unteren Körperabschnittes widmet Verf. eine kurzgefasste Besprechung. J. Riedinger (Würzburg).

---

17) **C. Beck.** Beitrag zur Fraktur der carpalen Radiusepiphyse.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 1.)

Die Entdeckung und Anwendung der Röntgenstrahlen hat uns bewiesen, dass der sog. typische Radiusbruch keineswegs durch einen einheitlichen anatomischen Frakturtypus repräsentirt wird, nämlich jenen Bruch 1—1½ cm oberhalb der Carpalepiphyse mit der bekannten sekundären Bajonettstellung. B. selbst fand als 1. Modifikation dieses Bruches eine gleichzeitige Mitverletzung der Ulna. Und zwar konnte er diese gleichzeitige Fissur oder Fraktur des Ulnaköpfchens unter 104 Fällen 21mal konstatiren. Häufiger ist dabei die Fissur. Aber auch die Fraktur geht ohne nennenswerthe Verschiebung vor sich. Dadurch wird auch klar, warum ohne Röntgenbilder diese Mitbetheiligung der Ulna fast stets übersehen wird, zumal natürlich Krepitation nie vorhanden ist. Ferner zieht Verf. aus den zahlreichen Fällen der sog. ulnaren Seitwärtsverschiebung bei der klassischen Radiusfraktur den Schluss, dass es sich auch hier meist um eine Mitbetheiligung der Ulna an der Fraktur gehandelt hat, dass aber diese Fraktur oder Fissur in Folge der Geringfügigkeit der klinischen Erscheinungen sich früher der Kenntnisnahme entzogen hat.

Ferner fand B. in seinen Fällen bei 31% einen Bruch des Proc. styloid. ulnae, welche von Anderen noch häufiger, so von Kahleyss in 78% gefunden ward.

Weiterhin kommen neben dem klassischen Radiusbruche noch Frakturen der Carpalknochen vor. Nicht selten, glaubt Verf., sind auch kleine Absprengungen von Knochenstücken vorhanden, wo man einen Bruch ausschließt und eine Verstauchung annimmt.

Mit Recht betont B. ferner, dass man mittels der Röntgenstrahlen auch ein neues Mittel habe, den Bruchcharakter der Radiusfraktur festzustellen. Er selbst theilt die Radiusfrakturen ein in chondroepiphysale und osteoepiphysale Typen, und man muss ihm ohne Weiteres zustimmen, dass therapeutisch und prognostisch ein großer Unterschied ist, ob es sich um eine intra- oder extraartikuläre Form handelt, ob um eine einfache Fissur oder einen Bruch mit Verschiebung. Eine schematische Behandlung des Radiusbruches verpönt B. mit voller Berechtigung. Er giebt für die einzelnen Bruchformen verschiedenartige therapeutische Maßnahmen an, die dem Charakter der jeweils vorliegenden Verhältnisse angepasst sind, und räth zum Schlusse nochmals, sich zur Erzielung guter Resultate die Kontrolle mittels Röntgenbild nicht entgehen zu lassen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

18) **J. Shoemaker** (Nymwegen). Hysterische Hüfthaltung, Typus Wertheim-Salomonson.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. VIII. Hft. 3 u. 4.)

Wertheim-Salomonson hat im Jahre 1900 2 Fälle von hysterischer Skoliose beschrieben, welche sich dadurch auszeichneten, dass Beckendrehung, ferner Hochstand, Streckung, Innenrotation und Adduktion des einen (beim Stehen belasteten) Beines, so wie sekundäre Skoliose nicht nur bei der sog. Station (s. Attitude) hanchée, sondern permanent vorhanden waren. Verf. führt diese in der niederländischen Litteratur veröffentlichten Fälle genauer an. Der eine Fall betrifft einen 24 Jahre alten Mann, der andere ein 19 Jahre altes Mädchen. Bei beiden erfolgte plötzliche Heilung. Verf. berichtet alsdann über einen weiteren Fall, nämlich den eines $15^1/_2$ Jahre alten Mädchens, bei welchem das Leiden ebenfalls auf Hysterie beruhte. Verf. spricht aber nicht wie Wertheim-Salomonson von hysterischer Attitude hanchée oder von hysterischer Skoliose, sondern er schlägt den Namen »hysterische Hüfthaltung« vor. Aus der Krankengeschichte dieses Falles ist hervorzuheben, dass Beuge-, Streck- und Adduktionsbewegungen des kontrahirten Beines begleitet waren von einem Geräusch, ähnlich jenem, das bei der Reposition einer traumatischen Hüftverrenkung entsteht. Auch Wertheim-Salomonson hat eine ähnliche Beobachtung gemacht, wesshalb er eine physiologische Subluxation des Femur annahm. Verf. geht auf diese Erscheinung näher ein und führt auf Grund von Untersuchungen am Lebenden und an der Leiche aus, das Geräusch entstehe dadurch,

dass das hinter dem Trochanter major gelegene, zur Fascia lata gehörige Band im gespannten Zustande sich auf dem Trochanter major hin und her bewegt. Außerdem ist zu bemerken, dass das statisch am meisten beanspruchte Bein eine reelle Verlängerung von 3 cm aufwies, ein Zustand, der als Hypertrophie bezeichnet wird. Auch die Muskulatur war hier kräftiger entwickelt.

Einige gute Abbildungen geben ein deutliches Bild der pathologischen Körperhaltung. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

19) **Ch. Nélaton.** Sur la résection de la hanche en cas de coxalgie suppurée. — Discussion.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 877.)

Die kurze Mittheilung N.'s, in welcher er über zwei durch Resektion geheilte Pat. mit tuberkulös eitriger Coxitis spricht und das operative Eingreifen bei der Coxitis in der gleichen Weise und unter denselben Indikationen empfiehlt, wie bei der Gonitis tuberculosa, rief einen lebhaften Widerstreit der Meinungen in der Pariser chirurgischen Gesellschaft hervor. — Aus der sehr langen Diskussion sei nur Folgendes hervorgehoben:

Félizet ist der eifrigste Verfechter der Behandlung der Coxitis, auch der der Kinder, mittels Resektion. Er hält die Resultate der konservativen Behandlung für äußerst traurige. Von 80 Pat. mit Coxitis in einem Alter zwischen 15 Monaten und der Pubertät überlebten nur 9 das 20. Lebensjahr; von den 71 Gestorbenen erlagen 20 der Erschöpfung, 15 der tuberkulösen Meningitis; viele erkrankten sekundär an Tuberkulose anderer Gelenke, sehr viele an Spondylitis. F. hat nicht weniger als 300 Hüftgelenkresektionen wegen tuberkulöser Coxitis ausgeführt, davon nur 2 Pat. verloren. Auffallend ist, dass er unter dieser großen Zahl von Fällen nur 2mal solche mit Sequesterbildung antraf. Kontraindikation für die Operation ist ihm nur Albuminurie. Seine Indikationsstellung kennzeichnet er mit folgenden Worten: »Ich warte nicht mehr, bis Abscesse oder Fisteln auftreten; es genügt mir, dass die Hüfte schmerzhaft sei, es genügt ein Schmerz, den Extension und Immobilisirung nicht mildern; es genügt namentlich, dass der Kranke Fieber hat und anfängt abzukommen, um mich zur Radikaloperation zu bestimmen«.

Im Gegensatze zu ihm verficht Kirmisson bei der Behandlung der tuberkulösen Coxitis der Kinder den konservativen Standpunkt: Die Resektion ist eingreifend, heilt nicht sicher, ist oft von Fisteln gefolgt, steht bezüglich der orthopädischen Endresultate der konservativen Therapie nach.

Einige andere Redner nahmen einen zwischen diesen beiden Extremen mehr vermittelnden Standpunkt ein.

Reichel (Chemnitz).



20) **C. Hofmann.** Zur Entstehung und Behandlung der Klumpzehen.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. VIII. Hft. 3 u. 4.)

Plantarflektirte und adducirte Zehen nennt H. Klumpzehen. Sie werden beobachtet bei jener eigenthümlichen Konfiguration des Fußes, welche Nicoladoni als Hammerzehenplattfuß beschrieben hat. Verf. konnte einen derartigen Fall an der Leiche untersuchen und fand analoge Befunde, wie sie Heubach für den Hallux valgus festgestellt hat. An einem klinischen Falle konnte H. nachweisen, dass die Klumpzehenstellung dadurch entstand, dass Pat. in Folge von Schmerzen im Kniegelenke mehrere Monate lang beim Gehen sich hauptsächlich auf den äußeren Fußrand stützte. Hier handelt es sich zunächst um eine Entlastungsstellung, die nach Ansicht des Verf. bei längerer Dauer zur Fixation führen kann.

Die Therapie richtet sich nach dem primären Leiden. Kommt operative Therapie an der großen Zehe in Frage, so ist die Resektion der Grundphalanx der des Metatarsus vorzuziehen, um nicht den Fuß eines wichtigen Stützpunktes zu berauben. Witzel hat, wie Verf. berichtet, diese Operation in einem Falle mit gutem Erfolge ausgeführt. **J. Riedinger** (Würzburg).

Kleinere Mittheilungen.

(Aus dem Esztergomer (Gran) allgemeinen Krankenhause.)

Die Heilung eines Falles von totaler Radialislähmung durch Sehnenplastik.

Mitgetheilt von

Dr. **Béla Gönczy von Biste,** Primararzt.

In der Litteratur der Sehnenplastik werden meistens Fälle von Kinderlähmung erwähnt, unter diesen überwiegend Lähmungen der unteren Extremität[1].

Ähnlich an der oberen Extremität ausgeführte Operationen sind seltener. Die Verhältnisse sind hier desshalb schwieriger, weil an der oberen Extremität die Ersatzmuskulatur nicht in jenem Maße entwickelt und die Innervation viel komplicirter ist, als an der unteren.[2]

Ich operirte mit Sehnenplastik an der oberen Extremität folgenden Fall von traumatischer Lähmung.

L. A., 20 Jahre alt, Maschinenschlosser, erhielt am 3. Februar 1898 in einem Nachtcaféhaus eine Stichwunde, die den linken Unterarm verletzte, 4 Finger breit unterhalb des rechten Ellbogens von der Ulnar- nach der Radialseite hin alle Streckmuskeln durchschnitt und noch die Oberfläche der Beine verwundete. Seitdem war er außer Stande, seine linke Hand im Gelenke zu heben und die Finger zu strecken, weil eine Lähmung des N. radialis bestand.

Der im November 1899 unternommene Versuch, an der Stelle der Verletzung die Stümpfe des Nerven aufzusuchen und zusammen zu nähen, misslang.

---

[1] Hoffa, Die Orthopädie im Dienste der Nervenheilkunde.

[2] Keiler, Ein Beitrag zur Sehnenplastik bei Lähmungen. Centralblatt für Chirurgie 1899. No. 47.

Vulpius, Die Behandlung von Lähmungen mit Sehnenüberpflanzung. Centralblatt für Chirurgie 1898. Beilage zu No. 26. Selbstbericht.



In Folge der fortwährenden dringenden Bitten des Mannes, mindestens seinen Daumen wieder streckfähig zu machen, entschloss ich mich, bei ihm den Versuch einer Sehnenplastik zu machen, nachdem ich mich mit Hilfe des Herrn Dr. Ludwig Levy nochmals davon überzeugt hatte, dass allein die vom Radialis versorgte Muskulatur gelähmt sei. Es ergab sich als Resultat der Untersuchung: »Die faradische Erregbarkeit der Muskeln des linken Unterarmes ist vermindert, die Streckmuskeln sind weder faradisch, noch galvanisch erregbar; der Umfang des linken Unterarmes beträgt 26,5 cm, der des rechten 28 cm«. Bei horizontaler Haltung des Vorderarmes hängt die Hand in Pronation herab, die Finger sind etwas gebogen, beim Versuche, sie zu strecken, zeigen sich nur im 4. und 5. Finger leichte Bewegungen, die anderen 3 Finger bleiben vollkommen unbeweglich. Der Kranke kann seine Hand nicht supiniren. Die Beugemuskeln funktioniren völlig normal. Will der Kranke einen Gegenstand ergreifen, so stützt er die Fingerspitzen darauf, senkt den Arm und streckt dadurch seine Finger passiv aus, schiebt seine Hand vor und ist nun im Stande, Alles zu ergreifen. Geräth dabei sein Daumen unter den Handteller, so muss er ihn mit der anderen Hand ausstrecken. In die Hand genommene Gegenstände kann er nur loslassen, wenn er die Hand von ihnen herunterzieht, oder sie mit der anderen Hand fortnimmt.

Am 17. Februar 1900 führte ich oberhalb des Processus styloideus ulnae einen 10 cm langen Hautschnitt; ich präparirte den Flexor carpi ulnaris heraus und durchschnitt ihn in der Nähe des Knochens. Dann machte ich an der Grenze des unteren und mittleren Drittels des Unterarmes einen schrägen Schnitt, legte den Extensor digit. commun. frei, zog den Muskel unter dem Extensor carpi ulnaris durch, und nähte ihn da, wo sich der gemeinsame Fingerbeuger abzuzweigen anschickt, an diesen mit Sublimatseide so an, dass ich mit dem Flexor carpi den Extensor digitorum umging und dessen Stumpf zwischen den Sehnen des 3. und 4. Fingers herauskommen ließ.

Die Hand wurde in Hyperextension festgestellt. Am 4. Tage mussten einige Nähte geöffnet werden, da die Wundränder etwas geröthet und geschwollen waren. Am 8. Tage waren die Wundränder theilweise aus einander gewichen, zwischen ihnen sickerte etwas Eiter durch. Am 14. Tage hört die Eiterung ganz auf und zwischen den aus einander gewichenen Wundrändern tritt lebhafte Granulationsbildung auf.

Vom 21. Tage an beginnen wir den Unterarm zu elektrisiren. Beugeversuchen setzt die Hand noch Widerstand entgegen, und die Finger schnellen in ihre ausgestreckte Lage zurück. Von der 4. Woche an aber gelingt die Beugung der Finger von Tag zu Tag besser. Nach vollkommener Heilung der Wunde (6 Wochen) stellen kräftige Massage und Armbäder die Elasticität der Finger völlig wieder her, nur bleiben sie beim Ausstrecken nicht beisammen, sondern entfernen sich von einander. Im Handwurzelgelenke ist die Biegsamkeit geringer, die Hand ist ständig in mäßiger Extension; versucht man, sie passiv zu beugen, so strecken sich die Finger von selbst etwas aus.

Von der Operation des Daumens hatte ich bis auf Weiteres Abstand genommen, und ein weiteres Eingreifen vom Erfolge des ersten Versuches abhängig gemacht. — Nun führte ich am 2. Juli 1900 an der radialen Seite symmetrisch mit dem ersten Schnitte einen Schnitt derart, dass die beiden Schnitte zusammen die Form eines U bildeten. Ich löste den Flexor carpi radialis vom Processus styloideus ab, zog ihn unter den Sehnen des Abductor pollicis longus und Extensor pollicis brevis durch und nähte ihn an den Extensor pollicis longus an, schloss die Wunde und verband die Hand so, dass der Daumen in Hyperextension fixirt war. Da sich am 6. Tage die Wundränder etwas geröthet zeigten, wurden die Nähte geöffnet. Am 12. Tage verlässt der Kranke das Spital. Am 24. Tage entleeren sich aus den etwas aus einander gewichenen Wundrändern 2—3 Nähte und ein klein wenig Eiter. Der Kranke ist aber schon im Stande, eine geringe Streckung des Daumens auszuführen.

Nach Anwendung von Elektricität, Massage, warmen Bädern kann er seinen Daumen, den er früher nur gegen den Handteller eingeschlagen halten konnte

unter einem Winkel von 45° ausstrecken, kann auch das 1. Daumenglied mit Leichtigkeit beugen und strecken. — 6 Wochen nach der Operation kann er mit dem Daumen skandirende Bewegungen, mit der Hand aber schon jede Arbeit ausführen; er schwingt sich auf einen Ast und schaukelt sich darauf, ergreift kräftig mit der linken Hand die Maschinenkurbel etc., mit einem Worte, es besteht kein Hindernis, dass er sein Handwerk fortsetzt.

Luxatio intercarpalis (medio-carpalis Malgaigne).

Von

Ferdinand Bähr in Hannover.

Abarten der Luxatio intercarpalis, wie die vorliegende, existiren in der Litteratur nach Tilmann (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIX) nur 2, der Deprès'sche und der Tilmann'sche Fall. Da die ganze Statistik der intercarpalen Luxationen nach dem letzteren Autor nur 8 Beobachtungen umfasst, so ist wohl die Mittheilung einer eigenen Beobachtung angezeigt.

W. B., 26 Jahre alt, Schlosser, verunglückte am 20. April 1900 derart, dass der rechte Arm, während die Hand in dem Achsenloche der Fördermaschine feststand, durch die Pleuelstange hochgehoben wurde. Damals wurde eine Fraktur des Radius diagnosticirt. Wegen verbliebener Steifigkeit des Handgelenkes wurde Pat. mir am 31. Januar 1901 überwiesen.

Status: Über den Rücken des rechten Handgelenkes verläuft quer eine unregelmäßige, bis 3 cm breite, verschiebliche Narbe. 3 Querfinger über dem Handgelenke ist am Radius eine volare Verdickung zu fühlen. Auf dem Rücken der Hand können die centralen Handwurzelknochen in ihren Facetten in undeutlicher Form nach oben vorstehend nachgewiesen werden. Von den distalen fühlt man volar nur das Multangulum majus etwas mehr prominiren. Während die Hand, vom Dorsum betrachtet, abgesehen von der der centralen Carpalreihe entsprechenden Vorwölbung, keine deutliche Formveränderung zeigt, lässt sich volar betrachtet eine leichte Verschiebung in ulna-volarer Richtung erkennen. Die Hand ist gegen links, vom Processus styloides ulnae zur Kleinfingerspitze gemessen, um 2 cm verkürzt. Von der Mittellage aus ist die Hand etwa um 10° in der Richtung der Flexion beweglich, eine Bewegung, deren Achse anscheinend im Intercarpalgelenke liegt. Die Finger zeigen völlig normale Beweglichkeit, am Daumen ist die opponirende Exkursion derart gehemmt, dass die Spitze 3 cm von der Hohlhand zurückbleibt. Eine geringe Behinderung der Pronation hat wohl in der Radiusfraktur ihre Ursache.

Diagnose: Luxatio intercarpalis volaris incompleta inveterata, Fractura radii.

Das Röntgenbild zeigt, dass es sich um eine unvollständige Luxation handelt[1]. Therapeutisch etwas Besonderes zu thun, war von vorn herein durch die Weigerung jeglichen operativen Eingriffes ausgeschlossen. Nach der ganzen Situation erscheint es auch mehr als fraglich, dass hier — 9 Monate nach dem Unfalle — durch die operative Reposition mehr als normale Lage, also vor Allem Wiederherstellung der Beweglichkeit des Handgelenkes hätte erzielt werden können, während vielleicht eher die vorhandene gute Beweglichkeit der Finger Noth gelitten hätte.

Die Entstehung der Luxation war nach dem Hergange offenbar so, dass die Hand bis etwa zum Intercarpalgelenke fixirt war (Narbe auf dem Handrücken, Anstemmen gegen die Kante des Achsenloches) und der Arm bei Dorsalflexion der Hand mit großer Gewalt nach oben gezogen wurde.

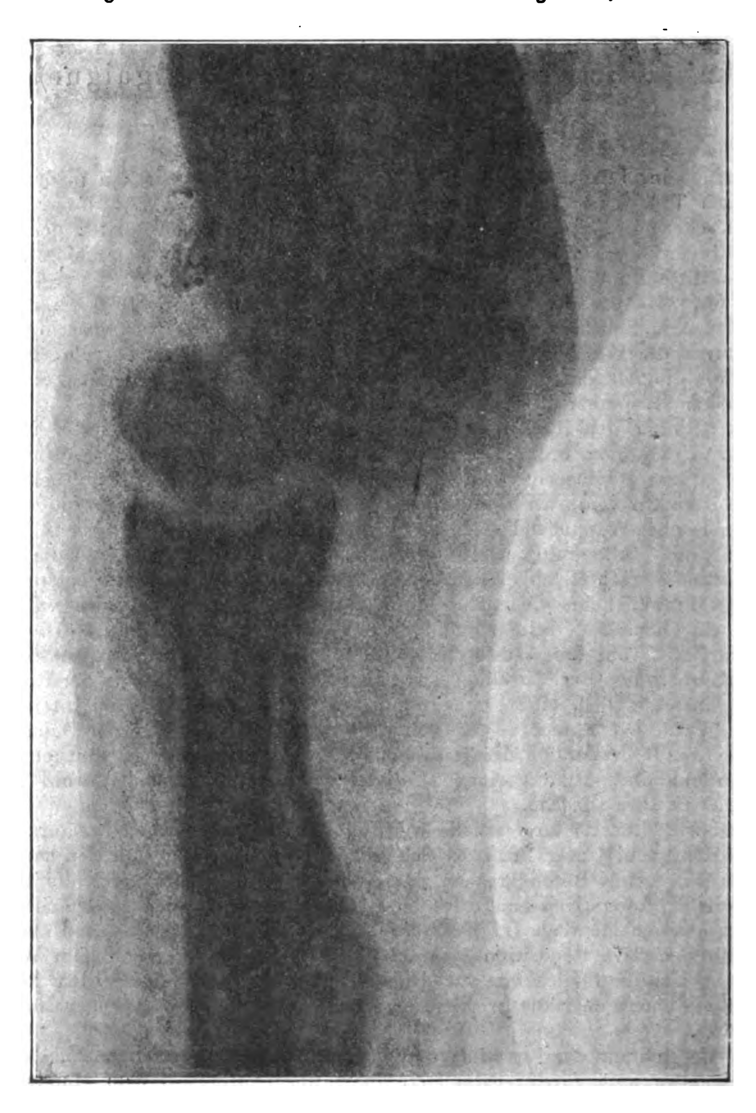
Was die Stellung der Diagnose anlangt, so will ich gern gestehen, dass ich eher an partielle Luxationen, an Frakturen im Carpus gedacht hatte, als an eine

---

[1] Die Aufnahme ist von der radialen Seite aus hergestellt. Der kleine unregelmäßige Schatten über dem dorsalen Ende des Metacarpus rührt von einem Flecke im Verstärkungschirme her.



typische Luxatio intercarpalis. Diese letzte Annahme lag mir vor Aufnahme des Skiagrammes völlig fern, zumal an der Vola so gut wie gar nichts am Carpus durchzufühlen war. Wie im Tilmann'schen Falle »die Diagnose nur mit Hilfe der X-Strahlen möglich war«, so brachte auch mir die Röntgenaufnahme erst das volle Verständnis. Bedenkt man, dass hier keine Weichtheilschwellung mehr vorlag, die Konfiguration des Skelettes also besser zu Tage trat, so lässt dies die



Diagnose in frischen Fällen mit dem der ausgiebigen Zerreißung von Bändern entsprechenden Blutergusse, der ziemlich beträchtlichen Anschwellung nicht sehr leicht erscheinen. Darin liegt wohl mit ein Grund, dass die einschlägigen Beobachtungen bislang so außerordentlich spärliche sind, und ich bin mit Tilmann »überzeugt, dass die ausgedehnte Verwerthung der Röntgenstrahlen zur Diagnose noch manchen ähnlichen Fall ans Licht bringen wird«.

---

21) **E. W. Ruggles.** The longevity of the gonococcus.
(Buffalo med. journ. 1900. December.)

Während die längste bisher beobachtete Persistenz des Gonococcus bei chronischer Gonorrhoe die Dauer von 4—5 Jahren nicht überschritt, und bei mehreren der mitgetheilten Fälle eine Neu-Infektion nicht mit Sicherheit ausgeschlossen war, beobachtete Verf. folgenden Fall:

34jähriger Mann, mehrfache schwere Gonorrhoe-Infektionen vor 17 resp. 15 Jahren, welche chronisch wurden; seit 13 Jahren frei von Ausfluss und sonstigen Symptomen, nur waren seither immer Schleimflocken im Urin. Vor 10 Jahren letzter außer-ehelicher Coïtus; seit 9 Jahren verheirathet, die Frau vor und in der Ehe niemals inficirt. Vor 3 Monaten im Anschlusse an einen nach Alkoholexcess ausgeführten, protrahirten (ehelichen) Coïtus schleimig-eitriger, gonokokkenhaltiger Ausfluss. Verf. nimmt eine Autoreinfektion durch latente Prostatagonorrhoe an und glaubt, da die Angaben des Pat. ihm aus verschiedenen Gründen absolut glaubwürdig erschienen, dass es sich um eine Persistenz des Gonococcus von mindestens 10 Jahren gehandelt habe. Aus der hypertrophischen, hart infiltrirten Prostata wurde durch Massage eitriges, gonokokkenhaltiges Sekret entleert; im Anschlusse hieran trat ein 10 Tage anhaltender Fieberanfall und Epididymitis auf. Gonokokken blieben ca. 4 Wochen nachweisbar. Schließlich Heilung unter gewöhnlicher Behandlung. **Mohr** (Bielefeld).

22) **Paldrock.** Ein Fall von multiplen Gelenkaffektionen bei chronischer Gonorrhoe, mit Ung. hydrarg. cin. behandelt.
(St. Petersburger med. Wochenschrift 1900. No. 26.)

Bei einem 30jährigen Manne, welcher seit einem Jahre an Gonorrhoe mit Cystitis und Epididymitis litt, erkrankte das rechte Schulter- und Handgelenk, das linke Knie- und Sprunggelenk, später abwechselnd verschiedene andere Gelenke mit starker Schwellung und Druckempfindlichkeit. Die Gelenke waren fast unbeweglich. Nachdem die Gonorrhoe und Cystitis durch Behandlung gebessert, wurde nach dem Vorgange Schuster's gegen die Gelenkaffektionen eine energische Schmierkur eingeleitet, 5 Wochen hindurch täglich 4 g graue Salbe. Völlige Heilung der Gelenkaffektionen.

Beiläufig erwähnt P., dass er in einem anderen Falle chronischer Gonorrhoe exsudative Pleuritis auftreten sah. Im Exsudat fanden sich neben anderen Bakterien reichlich Gonokokken. **Haeckel** (Stettin).

23) **A. J. Lartigan.** A study of a case of gonorrhoeal ulcerative endocarditis, with cultivation of the gonococcus.
(Amer. journ. of the med. sciences 1901. Januar.)

Der geringen Zahl gut beobachteter Fälle von ulceröser gonorrhoischer Endokarditis fügt Verf. einen neuen hinzu, von dem er eine ausführliche Krankengeschichte und einen genauen bakteriologischen Untersuchungsbefund giebt. Er schließt aus seiner Beobachtung und der Verwerthung der Litteratur Folgendes:

1) Eine Gonokokkenurethritis kann der Ausgangspunkt sein für eine durch Reininfektion mit Gonokokken verursachte tödliche Septhämie.

2) Endokarditis und Arthritis sind gelegentlich Komplikationen einer solchen Infektionskrankheit.

3) Der endokardiale Process kann durch die Gonokokken allein ohne Mitwirkung anderer Organismen ausgelöst werden. **R. v. Hippel** (Dresden).

24) **Vignes.** Chancre mou de la conjonctive bulbaire.
(Presse méd. 1899. No. 57.)

Es handelte sich um einen 56jährigen Mann mit einem oberflächlichen, sehr stark secernirenden Geschwür im oberen äußeren Quadranten des Bulbus. Antiseptische Behandlung mit Permangan und Borsäure blieben erfolglos. Durch einen Zufall erfuhr man, dass der Mann seinen Sohn, der an Schanker und Bubo litt,

täglich verbunden hatte. Nach Anwendung von Kalomel darauf schnelle Heilung. Einen Impfversuch verweigerte der Kranke; die bakterielle Prüfung des Eiters blieb ohne Resultat.

Verf. konnte nur noch einen einwandsfreien Fall von weichem Schanker der Conjunctiva bulbi finden. **Tschmarke** (Magdeburg).

25) G. Nobl. Über Reinfektion bei Syphilis.

(Vortrag, gehalten in der Sitzung vom 11. März 1901 des Wiener med. Doktoren-Kollegiums.)

Von einer Reinfektion der Syphilis kann nach N. nur dann die Rede sein, wenn der gesammte Symptomenkomplex der Syphilis, von dem Initialeffekt angefangen bis zu den Allgemeinerscheinungen, beide Male nach der entsprechenden Inkubationsdauer zur Entwicklung gelangt und zwischen den Allgemeinsymptomen der Ersterkrankung, resp. den Recidiven derselben und der Neuinfektion zumindest ein der erfahrungsgemäßen Dauer des irritativen Syphilisstadiums entsprechender Zeitraum verflossen ist.

Bei Aufrechterhaltung dieser unerlässlichen Postulate muss von vorn herein die größere Hälfte der bisher mitgetheilten Fälle bei der Beurtheilung der Reinfektion außer Acht gelassen werden.

Ein besonderes Gewicht ist bei dieser auf den Nachweis von charakteristischen Allgemeinsymptomen bei der Reinfektion schon aus dem Grunde zu legen, als bei der besonderen Tendenz luetischer Produkte zu lokaler Recidivirung und der Eigenschaft auch nicht specifischer Läsionen, auf luetischem Boden zu induriren, für die unrichtige Deutung der Befunde der weiteste Spielraum geboten wird.

N. selbst berichtet über einen neuen einwandfreien, allen Postulaten genügenden Fall von syphilitischer Reinfektion, welchen er während der beiden Syphilisausbrüche zu beobachten und zu behandeln Gelegenheit hatte. Die Wahrnehmung betrifft einen 42jährigen, seit vielen Jahren verheiratheten Beamten, der Anfangs 1894 nach außerehelicher Kohabitation eine typische Sklerose im Sulcus coron. dorsalwärts, consecutive Skleradenitis und nach der 2. Inkubation ein maculopapulöses Exanthem acquirirte. Diese Eruption, wie auch 2 Recidive, welche noch im selben Jahre, resp. Mitte 1895 in Form von Schleimhautplaques, Papeln an den Genitalien und gruppirten Exanthemen in Erscheinung traten, wurde mittels intramuskulärer Hg-Injektionen einer energischen Allgemeinbehandlung unterworfen. Während der folgenden Jahre zeigte der Kranke keine weiteren Erscheinungen, und war dessen völlige Heilung um so wahrscheinlicher geworden, als seine Frau nach 5jährigem Intervall neuerdings in die Hoffnung kam und im Jahre 1898 einem gesunden Kinde das Leben schenkte, das auch in der Folge keinerlei Abweichungen von der Norm erkennen ließ. Im Januar 1900 präsentirte sich der Pat. mit einem unzweideutigen knorpelharten Primäraffekt der rechten Frenularnische, der nach einem 3 Wochen vorher ausgeübten suspekten, extrakonjugalen Beischlafe aufgetreten war. Nach weiteren 4 Wochen konnte N. ein dichtes makulöses Exanthem neben universeller Drüsenschwellung verzeichnen und die Allgemeinbehandlung in Form von 5%igen Sublimatinjektionen einleiten, welche Therapie auch gegen ein Recidivexanthem am After, so wie Plaques muceuses in Anwendung kam, welche Erscheinungen mehrere Monate später zum Ausbruche gelangten. Den unnöthigen Nachweis für die Virulenz seiner Neuinfektion erbrachte der Kranke, indem er noch im selben Jahre seine Frau ansteckte, die seither mit einer erodirten Sklerose des linken großen Labiums, Skleradenitis inguinalis und makulösem Exanthem behaftet, gleichfalls in der Behandlung des Vortr. stand.

Bezüglich der Pathologie der Reinfektion steht Vortr. auf dem Standpunkte, dass die Verlaufsweise derselben eine von der Ersterkrankung völlig unabhängige sei. Selbst der viel geäußerten Ansicht, dass die Zweiterkrankung einen besonders milden Charakter aufweise, könne nicht rückhaltlos beigepflichtet werden, indem zahlreiche Beobachtungen (Diday, Mraček u. A.) das gegentheilige Vorkommnis illustriren. Dass es nicht stets die leichtesten Fälle sind, für welche die Möglich-

keit der Neuansteckung in Geltung steht, gehe aus jenen interessanten Wahrnehmungen hervor, in welchen die irritativen Symptome der Reinfektion, oft noch mit gummösen Residuen der ersten Syphilis, oder schweren Läsionen der ererbten Krankheit einhergehen (Merkel, Köbner, Jakowlew, Taylor u. A.).

Ein Streiflicht werfen ähnliche Beobachtungen gleichzeitig auf die Ätiologie gewisser Spätprodukte der Syphilis.

Die von Bäumler, Lang, Finger, Neumann u. A. vertretene Ansicht, dass den Spätformen der Syphilis oft nur die Bedeutung liegengebliebener Reste beizumessen sei, welche des specifischen Charakters bereits entkleidet sind, konnte erst zu vollster Anerkennung gelangen, seitdem durch das zeitliche Zusammentreffen solcher Läsionen mit einer neuen Infektion die avirulente Natur derselben unwiderleglich erhärtet erscheint. In der Kategorie ähnlicher Läsionen figuriren nach N. vorzüglich die Schwielengummen, manche Sarcoceleformen und organisirte perivestale Wucherungen.

Ein weiteres entscheidendes Beweismoment für die Heilbarkeit der Syphilis sei in der Reinfektion zu erblicken und gleichzeitig für das specifische Heilvermögen der Quecksilberpräparate, welche in allen bisher bekannt gewordenen Reinfektionsfällen die Ersterkrankung und ihre Recidive aufs günstigste beeinflussten. (Selbstbericht).

26) **G. de la Combe.** Syphilis et papillome volumineux du larynx.

(Rev. hebdom. de laryngol. 1900. No. 43.)

Ein seit 15 Jahren bestehendes, nur geringe Heiserkeit verursachendes Papillom wuchs nach Acquirirung von Lues so rapid, dass die schwersten Athembeschwerden eintraten; trotz antisyphilitischer Kur keine Besserung. Auf endolaryngealem Wege war die Exstirpation nicht mehr möglich, daher Entfernung der Geschwulst mittels Thyreotomie. Die histologische Untersuchung bestätigte die rein papillomatöse Natur der Neubildung. Glatte Heilung.

F. Alexander (Straßburg i/E.).

27) **B. Schulze.** Idiosynkrasie gegen Anwendung von Hydrargyrum-Präparaten.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXX. No. 5.)

S. theilt einen Fall mit, in welchem nach externer Kalomelanwendung, nach Einreibung mit grauer Salbe, nach Injektion von 0,01 Sublimat ein Arzneiexanthem auftrat; Hydrargyrum oxydulat. tannic. 0,01 bis schließlich 0,3 pro die wurde vertragen und beseitigte die Lueserscheinungen.

Der Fall beweist also, was speciell der Ref. betont hat, dass intern Hg vertragen werden kann von Menschen, die es extern nicht vertragen, und dass auch bei starker Hg-Idiosynkrasie zunächst ein Versuch mit innerer Therapie und kleinen Dosen zu machen ist. Man kann, wie ich bereits in einer Anzahl von Fällen gesehen habe, damit so weit kommen, dass schließlich bei solchen Menschen auch externe Hg-Therapie gut vertragen wird. **Jadassohn** (Bern).

28) **Stark.** Ein Fall von hochgradiger Idiosynkrasie gegen Injektionen mit Hydrargyrum salicylicum, nebst einem Beitrage zur sog. Paraffinembolie der Lungen.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXX. No. 5.)

S. berichtet über einen Fall, in dem nach je einer Salicyl-Hg-Injektion ein urticarielles und blasenförmiges Exanthem mit Erbrechen auftrat, während eine Kalomelinjektion vertragen wurde — es handelte sich also um eine Salicyl-Idiosynkrasie.

Ferner theilt S. mit, dass er unter 250 intramuskulären Injektionen ungelöster Hg-Präparate zwei — übrigens leichte und ohne weiteren Schaden abgelaufene — Lungenembolien erlebt habe, trotzdem er oberhalb der Horizontalen von der oberen



Spitze des Trochanters injicirte — seit er immer vor der Entleerung der Spritze nachsieht, ob sich Blut aus der Kanüle ergießt, ist ihm das nicht mehr passirt. (Die Zahl dieser Embolien ist auffallend hoch; doch kann das ja ein Zufall sein; am besten ist wohl der Vorschlag Schäffer's zu befolgen, zuerst nach Einstechen der Kanüle zu aspiriren, um zu sehen, ob Blut kommt. Den Vorschlag S.'s, in der centralen Partie der Glutäalgegend zu injiciren, möchte ich nicht unterschreiben — gerade nach solchen Injektionen kommen nach meiner Erfahrung manchmal heftige ausstrahlende Schmerzen vor.) **Jadassohn** (Bern).

29) **Eisenberg** (Berlin). Bericht über die in den Jahren 1898 und 1899 in der Poliklinik für Hautkranke in der Kgl. Charité unter Leitung von Geh.-Rath Schweninger behandelten Kranken.

(Charité-Annalen Jahrgang XXV. Berlin, **Aug. Hirschwald,** 1900. p. 508.)

Bei ambulatorischer Behandlung des gewöhnlichen Unterschenkelgeschwürs leistete verhältnismäßig gute Dienste die Umschneidung neben Berücksichtigung aller mechanischen und statistischen Verhältnisse des Einzelfalles. Beim Ulcus rodens erwies sich eine milde konservative Behandlung mit heißen Kamillenumschlägen, peinlicher Sauberkeit, Pyoctaninpflastermull etc. sehr wirksam, Heilung erfolgte oft für Jahre hinaus, und selbst nach Wiederaufbruch soll wiederum mit derselben einfachen Behandlung ein erfreulicher Erfolg erreicht worden sein.

Noch einer weiteren therapeutischen Erfahrung sei gedacht, nämlich der günstigen Einwirkung von Einspritzungen einer 15%igen spirituösen Thiosinaminlösung zur Erweichung narbiger oder neugebildeter Bindegewebsmassen. So wurde z. B. bei den zur Entwicklung der »Pfundnase« führenden Fällen von Acne rosacea Verkleinerung der unförmigen Bildungen dadurch herbeigeführt, nur allein unter Beihilfe feiner thermokaustischer Stichelungen. **Lühe** (Königsberg i./Pr.).

30) **R. B. Preble** and **L. Hektoen.** A case of multiple fibromata of the nerves, with arthritis deformans.

(Amer. journ. of the med. sciences 1901. Januar.)

Ungemein ausführlich und sorgfältig beschriebener Fall von allgemeiner Neurofibromatosis höchsten Grades. Interessant ist der Fall besonders dadurch, dass neben der Geschwulstbildung an den Nerven außerordentlich hochgradige Veränderungen an den Gelenken nicht nur der Extremitäten, sondern auch der Wirbelsäule bestanden, die zur Ausbildung einer extremen Kyphoskoliose geführt hatten. Endlich bestand noch ein tiefes, kraterförmiges Geschwür am linken Oberschenkel, das jahrelang jeder Behandlung trotzte. Die Verff. sind aber nicht geneigt, diese Veränderungen mit der Erkrankung der Nerven in Zusammenhang zu bringen, halten vielmehr das gleichzeitige Bestehen derselben für ein zufälliges Zusammentreffen. **R. v. Hippel** (Dresden).

31) **T. v. Marschalkó.** Zur Kenntnis der multiplen Hautmyome.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXXI. No. 7.)

v. M. beschreibt einen der recht seltenen und in nicht-dermatologischen Kreisen wohl kaum bekannten Fälle von multiplen Hautmyomen. Die Geschwülste entstanden bei v. M.'s Pat. im 20. Lebensjahre unter lebhaftem Jucken; sie waren an einem Unterschenkel, an beiden Oberschenkeln und in der Sternalgegend lokalisirt; sie waren nicht bloß auf Berührung sehr empfindlich, sondern Pat. litt auch — was schon mehrfach beobachtet ist und dieser an sich gutartigen Neubildung den Charakter einer schweren Krankheit verleiht — an außerordentlich heftigen Schmerzparoxysmen, welche täglich 2- bis 3mal auftraten und einige Minuten dauerten. Die histologische Untersuchung ergab nichts wesentlich Neues; nur glaubt der Verf. mit Bestimmtheit den Ausgang der Muskelelemente von den Arrectores pilorum gesehen zu haben — eine Anschauung, welche mit der vom Ref. ausgesprochenen vollständig übereinstimmt. Nach der Excision einiger Knoten erfolgte wie gewöhnlich kein Recidiv. **Jadassohn** (Bern).

32) H. Wolff. Carcinom auf dem Boden des Dermoids.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 4.)

Die wenigen Fälle von Carcinom, welche bisher als auf dem Boden von Atheromen entstanden bekannt geworden sind, bildeten sich bei Balggeschwülsten, welche ulcerirt waren und lange Zeit Fistelbildung zeigten. Die primäre Carcinombildung in der Wand eines einfachen unkomplicirten und noch geschlossenen Dermoids, einer Hautcyste, konnte Verf. nirgends beschrieben finden. Um so interessanter ist seine Beobachtung, welche einen 21jährigen Schlosser betrifft, bei dem man die Diagnose auf ein Dermoid des linken inneren Augenwinkels stellen musste. Makroskopisch konnte man die exstirpirte Geschwulst auch nur für ein Dermoid ansehen. Indessen fand sich bei der mikroskopischen Untersuchung eine ausgesprochene carcinomatöse Entartung eines Theiles des Dermoids; und zwar stellte sich die krebsige Partie als ein Cylinderepithelkrebs dar, der einen alveolären Bau besaß und keine Neigung zur Schichtung oder Hornbildung aufwies. Jedenfalls hatte man es mit einem Hautkrebs zu thun, der von der untersten Schicht des Rete Malpighii ausging, und dessen Elemente den embryonalen cylindrischen Charakter jener Zellschicht wahrten. Krompecher, welcher neuerdings auf diese Carcinome aufmerksam gemacht hat, bezeichnet sie mit dem Namen: drüsenartige Oberflächenepithelkrebse, eine Benennung, die nach W.'s Ansicht nicht für alle zu dieser Gattung gehörigen Formen passt.

Weiterhin konnte Verf. noch einen zweiten hierher gehörigen Fall in der v. Bergmann'schen Klinik beobachten, bei dem es sich um ein einfaches Dermoid auf dem Kreuzbeine handelt, aus dessen Resten ein Plattenepithelkrebs sich entwickelte. Doch entstand hier das Carcinom, wie gesagt, erst aus den Resten der Dermoidwand, welche nach der vorhergegangenen Exstirpation zurückgeblieben waren, nachdem monatelang secernirende Fisteln bestanden hatten, im Gegensatze zu dem ersten Falle, wo das Dermoid noch intakt war.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

33) F. Franke. Carcinomatöse Entartung subkutan gelegener Epidermoide.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 1.)

F. hebt hervor, dass er schon vor Wolff einen Fall beschrieben habe, bei dem es innerhalb einer intakten Hautcyste zur Entwicklung eines Carcinoms gekommen sei. Bei dem betreffenden Pat. entarteten 2 subkutane völlig geschlossene Epidermoide des Daumenballens krebsig, und zwar an der der Hautoberfläche abgewandten Seite der Geschwulst und ohne Bildung von Hornperlen, also ganz analog dem Wolff'schen Falle. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

34) H. W. Stellwagon. Report of a case of blastomycetic dermatitis.

(Amer. journ. of the med. sciences 1901. Februar.)

Ausführlicher klinischer und pathologisch-anatomischer Bericht über einen Fall dieser seltenen Krankheit. Das Krankheitsbild glich fast vollkommen dem einer Tuberculosis verrucosa cutis. Kurze differentialdiagnostische und therapeutische Bemerkungen sind dem Berichte angefügt.

R. v. Hippel (Dresden).

35) D. Fieschi (Parma). Contributo allo studio della elefantiasi congenita.

(Clinica chirurgica 1899. No. 9.)

Ein Fall von Elephantiasis congenita der linken unteren Extremität bei einem 4 Monate alten Knaben. Schnürfurche im unteren Drittel des Unterschenkels. Amputation. Die histologischen Details eignen sich nicht zum Referate.

F. kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Zur Entstehung der Elephantiasis congenita ist das Vorhandensein eines schnürenden Stranges nicht unentbehrlich.



2) Die enorme Entwicklung der Elephantiasis entspricht nicht der Konstriktion der Extremität.

3) Der Strang hat nur einen kleinen Antheil im Anfange der Entwicklung.

4) Weiterhin entwickelt sich die Elephantiasis unabhängig vom schnürenden Strange und der Furche.

5) Es kann die Elephantiasis einfach erklärt werden durch die Wirkungen der gestauten Lymphe.

6) Die Operation »der Wahl« ist die von Réclus-Mikulicz.

7) In außergewöhnlichen Fällen muss zur Amputation geschritten werden.

J. Sternberg (Wien).

36) J. C. White. Case of Brocq's »Erythrodermie pityriasique en plaques disséminées«.

(Journ. of cutan. and genito-urin. diseases Vol. XVIII. No. 12.)

Ein 36jähriger, kräftig gebauter Irländer zeigt seit 12 Jahren von Anfang Herbst bis zum Beginne des Sommers über den Körper verstreut zahlreiche, unregelmäßig kreisförmige, bräunliche bis rothe Flecken von 1—3 cm Durchmesser. Je kälter die Luft ist, desto intensiver die Röthung. In den Sommermonaten ist die Haut völlig normal, ohne die geringste Spur von Flecken. Im Gesichte besteht geringe Schuppung. — Einen gleichartigen Fall beschreibt Charles White. — Die histologischen Befunde sind ausführlich angegeben.

Chotzen (Breslau).

37) W. Wende. Dermatitis vesico-bullosa et gangraenosa mutilans. Report of two cases having a hystero-traumatic origin.

(Journ. of cutan. and genito-urin. diseases Vol. XVIII. No. 12.)

Ein 17jähriges, kräftiges, aus gesunder Familie stammendes Mädchen beobachtete nach Betupfung einer Warze des rechten Handrückens mit reiner Karbolsäure kurze Zeit nach dem Verschwinden der reaktiven Entzündung des Handrückens auf dem rechten Unterarme, in der Ellbeuge und im Gesichte rothe Flecke, welchen zahlreiche kleine Bläschen aufsaßen. Diese Flecke heilten unter Zurücklassung von brauner Verfärbung ab. Bald darauf entwickelte sich am 5. rechten Finger eine Gruppe von Bläschen, welche zu Gangrän führte und die Amputation des Fingers erforderte; auch der 4. Finger fiel unter den gleichen Erscheinungen der Amputation anheim. Nach 8 Wochen war die Sensibilität des rechten Armes verringert, die motorischen Reflexe des Armes, der Patellarreflex rechts erhöht. Allmählich entwickelten sich auch auf der Brust und dem Rücken mehrfache, zum Theil konfluirende, nekrotische Bezirke, welche unter Narbenbildung abheilten. Das Auftreten der Gangrän ist mit heftigen, von der Wirbelsäule nach dem Arme ausstrahlenden Schmerzen, Schüttelfrost, Ohrenklingen und mitunter Ohnmachtsanfällen verbunden. Eine derartige aufsteigende Neuritis nach der Anwendung von Ätzmitteln ist auch anderweitig bereits beobachtet worden.

Der 2. Fall betrifft ein aus nervös belasteter Familie stammendes Mädchen von 18 Jahren, welches nach einem Sturze aus dem Schlitten auf der rechten Gesäßhälfte eine Bläschengruppe zeigte. Der Bezirk wurde gangränös, heilte erst in 4 Monaten ab und recidivirte mehrfach an derselben Stelle, sobald sich Pat. irgend welcher anstrengenden Thätigkeit unterzog. Von Beginn der Erkrankung an trat Incontinentia urinae auf; die Hautsensibilität war an der ganzen Hautoberfläche herabgesetzt; der Rachen, die Augäpfel waren völlig anästhetisch, die Kniereflexe leicht erhöht. Während im 1. Falle an verschiedenen Stellen Hautgangrän auftrat, wiederholte sie sich im 2. Falle stets an derselben Stelle. Dieser Umstand macht den letzteren Fall noch ganz besonders bemerkenswerth.

Chotzen (Breslau).



38) **J. Fabry.** Über einen eigenthümlichen Fall von Dermographismus (Urticaria chronica, factitia, haemorrhagica).

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LIV. Hft. 1.)

Bei einer älteren Frau traten nach Kratzen, durch den Druck der Kleider etc. hämorrhagische Streifen, die wochenlang Bestand hatten, auf. Der Versuch, Urticaria factitia zu erzeugen, ergab zuerst eine Quaddelleiste, die bald verging, um einem hämorrhagischen Streifen Platz zu machen. Dieser Zustand dauerte 3 Jahre, dann starb die Kranke, bei welcher eine bestimmte Diagnose nicht gestellt worden war; sie hatte ein kolossales Zungenödem. (Ich habe schon wiederholt hämorrhagische Streifen bei Purpura oder hämorrhagischer Diathese kachektischer Individuen durch den Reiz mit stumpfen Gegenständen entstehen sehen.)

Jadassohn (Bern).

39) **Doutrelepont.** Beitrag zur Pityriasis rubra (Hebra).

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LI. Hft. 1.)

Die Pityriasis rubra (Hebra) ist eine sehr seltene Erkrankung und ihre Diagnose ist dadurch erschwert, dass es wesentlich negative Momente (neben der diffusen Röthung und Schuppung und neben dem chronischen Verlaufe) sind, welche zu ihrer Sonderstellung führen. Jede Bereicherung der Kasuistik ist mit Dank zu begrüßen, zumal wir über die Ätiologie dieser prognostisch sehr ungünstigen Krankheit noch fast nichts wissen. Die beiden Fälle D.'s sind sehr genau beobachtet; ihre Diagnose ist kaum anzuzweifeln. Der Ausgang war in dem einen Heilung, in dem anderen kam es nach scheinbarer Heilung zu einem Recidive. Interne Karbolbehandlung und Salicylpasten schienen einen günstigen Einfluss zu haben. Von Tuberkulose war in beiden Fällen nichts nachzuweisen (leider wird über Tuberkulinreaktion nichts berichtet — der Ref. hatte auf die große Häufigkeit von Tuberkulose bei Pityriasis rubra aufmerksam gemacht). Die histologischen Untersuchungen bestätigten die früheren Befunde; speciell wurde auch ein Rücktransport des Pigmentes aus dem Epithel in die Cutis konstatirt.

Jadassohn (Bern).

40) **M. Leredde.** Application de la photothérapie au traitement du lupus érythémateux.

(Indépendance méd. 1901. No. 5.)

Verf. bestätigt die von Finsen mit seiner Lichtbehandlung erzielten günstigen Resultate bei Lupus und erreichte bei 11 schweren, meist jahrelang mit den verschiedensten Mitteln ohne Erfolg behandelten Fällen von Lupus erythematodes 3 Heilungen, 2 bedeutende Besserungen. Von den übrigen 6 noch in Behandlung befindlichen Kranken sind 4 der Heilung nahe, nur 2 anscheinend wenig zu beeinflussen.

Mohr (Bielefeld).

41) **Stenbeck.** Ein Fall von Hautkrebs, geheilt durch Behandlung mit Röntgenstrahlen.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. VI. Hft. 3.)

Bei einer 72jährigen Frau bestanden seit 9 Jahren 2 Geschwüre auf der Nase, deren eines bei Beginn der Behandlung $1^1/_2$ cm Durchmesser hatte; das andere war etwas größer; sie hatten einen wallartigen Rand und wurden makroskopisch für Carcinom gehalten. Unter längerer Behandlung mit Röntgenstrahlen heilten die Geschwüre. Der Bericht schließt unmittelbar nach Beendigung der Behandlung, so dass sich über ein Recidiv nichts sagen lässt. Die Furcht der Kranken vor dem Messer verhinderte die Excision eines Stückes zur mikroskopischen Untersuchung.

Haeckel (Stettin).

42) **H. B. Williams.** A case of rodent ulcer treated with pure resorcin.

(Brit. med. journ. 1900. December 1.)

Es handelt sich um eine 70jährige Frau, welche seit 12 Jahren an einem Ulcus rodens der linken Nasenseite litt. Der innere Augenwinkel war in das

Geschwür hineingezogen. Eine Resorcinsalbe hatte wenig Einfluss ausgeübt. Schließlich wurde ein Versuch mit Resorcin in Substanz gemacht, dasselbe zuerst täglich applicirt, dann, als Schmerzhaftigkeit auftrat, jeden zweiten Tag. Unter dieser Behandlung kam innerhalb 2 Monate eine völlige Vernarbung des Geschwürs zu Stande. (Es ist leider nicht berichtet, ob dauernd. Ref.)

Weiss (Düsseldorf).

43) **O. Rothschild.** Über die operative Behandlung irreponibler Frakturen.

(Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 2.)

Verf. berichtet über die Erfahrungen, welche an der Rehn'schen Abtheilung des Frankfurter städt. Krankenhauses mit der operativen Behandlung von Knochenbrüchen gemacht wurden. Die Entscheidung, ob konservativ, ob auf blutigem Wege vorgegangen werden sollte, wurde streng individualisirend von Fall zu Fall getroffen, und zwar kam das operative Verfahren nur dann in Anwendung, wenn auch in tiefer Narkose Reposition und Retention der Bruchenden nicht gelungen war. Diesem Grundsatze entsprechend sind in den letzten 4 Jahren 45 Knochenbrüche blutig vereinigt worden. Hiervon entfallen 15 auf den Unterschenkel, 9 auf den Oberarm, 7 auf den Vorderarm, 5 auf den Oberschenkel, die übrigen auf Kniescheibe, Daumen und Schlüsselbein. Weitaus die besten Resultate ergaben die Brüche des Unterschenkels, da die Tibia sehr leicht zugänglich ist, während die Fibula unberücksichtigt bleiben kann; bei Frakturen des Vorderarmes erwies sich die Vereinigung beider gebrochener Knochen als sehr schwierig und daher auch als wenig aussichtsvoll, so dass hier die Operation nur für verzweifelte Fälle reservirt werden sollte. Zwischen diesen beiden Bruchformen stehen bezüglich der Prognose diejenigen des Oberschenkels, bei welchen der tiefe Sitz des Knochens und die mächtige Muskulatur als ungünstige Momente in Betracht kommen. Leichter wiederum war die Naht am Humerus, sie hat sich insbesondere bei Brüchen in der Nähe der Gelenke als äußerst dankbar erwiesen. Bezüglich der Operationstechnik sei nur hervorgehoben, dass von den verschiedenen Vereinigungsmethoden der Knochen ausschließlich die Knochennaht und der Elfenbeinstift in Verwendung kamen. **Honsell** (Tübingen).

44) **Thöle.** Zur Kasuistik seltener Luxationen und Frakturen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 112.)

1) Verrenkungen der Hand im Radialgelenke. Ein Kanonier fiel beim Reiten in der Hindernisbahn vom Pferde und schlug zuerst mit dem Handrücken der stark volar gebeugten und pronirten Hand nach vorwärts auf den harten Sandboden auf. Resultat: volare Verrenkung der Hand. Dieselbe erschien verkürzt und in Bajonettstellung gegen den Vorderarm. Die Gelenkenden des letzteren oben fühlbar, unten diejenigen der ersteren Handwurzelreihe. Die Finger standen in Folge der Sehnenverkürzung durch Ausrenkung flektirt. Leichte Reposition ohne Narkose durch Zug und Druck. Dagegen zeigte ein in der Rostocker Klinik von T. beobachteter Fall (27jähriger Stellmacher) eine dorsale Handverrenkung, verbunden mit Absplitterung des Proc. styl. radii. Beide Verrenkungen waren durch indirekte Gewalt entstanden. Bei von T. angestellten Leichenversuchen misslang die Erzeugung der dorsalen Verrenkung, wogegen diejenige volarwärts unschwer hervorbringbar war. 2) Verrenkungen in den Interphalangealgelenken. Ein Kanonier führt an jeder Hand mit der Trense ein Pferd, die Trensen in die festgeschlossenen Fäuste gefasst. Das rechtsgehende Pferd scheut und springt nach hinten, wobei der Lederriemen auf die Dorsalseite der Mittelphalanx des gebeugten 4. Fingers drückte. Resultat: Verrenkung der Mittelphalanx auf die Beugeseite der Grundphalanx, verbunden mit Achsendrehung der 2 distalen Phalangen nach rechts. Reposition nicht schwierig, gutes Resultat. 3) Abrissbruch an den Nagelphalangen. Ein Gefreiter stößt beim Turnen bei ausgestreckter Hand mit der Spitze des kleinen Fingers gegen eine Leitersprosse. Stechender Schmerz und darauffolgende Unfähigkeit, das Endglied zu strecken. Nach einigen

Wochen noch unveränderter Zustand. Das Röntgenbild zeigte, dass die Strecksehne von der Nagelphalanx nicht einfach abgerissen war, sondern sich von dieser auch ein linsengroßes Knochenstückchen getrennt hatte.

(Ref. fügt hier kurz 2 eigene Beobachtungen hinzu. Ein Schiffszimmermann, ca. 12 Fuß hoch von einem Schiff kopfüber nach hinten auf Eisschollen fallend, erwarb eine komplicirte Verrenkung des Daumengrundgliedes im Interphalangealgelenk. Das Köpfchen der Grundphalanx sah aus einer kurzen knopflochartigen volaren Wunde an der radialen Fingerseite dicht unter der Interphalangealgelenkfurche radialwärts und nach unten heraus. Nagelglied ulnarwärts und nach oben verrutscht. Es war die rechte Hand, in welcher Pat. einen Hammer gefasst hatte; der nähere Verletzungsmechanismus war nicht aufzuklären. Reposition leicht, gute Wundheilung. Beweglichkeit leidlich, wird hoffentlich noch besser werden — der Fall ist erst neulich passirt. — Einen Strecksehnenabriss von einer Fingernagelphalanx beobachtete ich bei einem Oberlehrer, dem in der Turnstunde ein schwerer Lederball gegen die Fingerspitze der zum Fangen entgegengestreckten Hand gesaust war. Die auch hier eintretende Streckunfähigkeit blieb zunächst unverändert, und Pat., ein sehr guter Klavierspieler, fürchtete beim Spiel genirt und behindert zu werden, was aber nicht der Fall war. Nach 4 Monaten hat sich die normale Streckfähigkeit ganz spontan wieder hergestellt. Die Beobachtung scheint mir gegen jegliche operative Behandlung bei dieser Verletzung zu sprechen.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

45) **W. Tiplady.** A case of compound dislocation of the wrist.

(Brit. med. journ. 1900. November 10.)

Kurze Mittheilung eines Falles von komplicirter Handgelenksluxation, welche dadurch entstanden war, dass beim Umkippen einer Kohlenkarre das Pferd plötzlich anzog und dadurch einerseits durch das Gewicht der beladenen Karre, andererseits durch den seitens des Pferdes ausgeübten Zug eine außerordentliche Gewalt auf die Vola manus ausgeübt wurde. Ulna und Radius ragten $4^1/_2$ Zoll aus der Vola manus hervor und waren theilweise ihres Periosts beraubt; daneben bestand eine beträchtliche Blutung und eine starke Zerreißung der Muskulatur. Nach Desinfektion wurde die Verrenkung reponirt. Eine Infektion fand nicht statt, und durch Massage und mechanische Behandlung wurde ein völlig bewegliches Gelenk erzielt. **Weiss** (Düsseldorf).

46) **J. G. Sheldon.** Dorsal dislocation of the trapezoid.

(Amer journ. of the med. sciences 1901. Januar.)

S. konnte in der Litteratur nur noch einen, von Gay beschriebenen Fall von isolirter, unkomplicirter Verrenkung des Os multangulum minus auf die Dorsalseite finden.

Der von ihm beobachtete betraf einen 39jährigen Polizisten, der einen Mann so mit der Faust schlug, dass die ganze Wucht des Schlages das distale Ende des Metacarpus indicis traf. Die Luxation wurde durch Palpation und Skiagramm festgestellt. Die Reposition gelang nur unvollkommen, die Heftpflastereinwicklung wurde von dem Manne am 10. Tage entfernt; bei der Vorstellung 15 Wochen später war die Dislokation dieselbe, wie unmittelbar nach der Entstehung, die Beweglichkeit des Handgelenks dabei nicht beeinträchtigt und wenig schmerzhaft.

Da es S. bei Versuchen an der Leiche nur bei Durchschneidung des dorsalen Ligamentes, zwischen Metacarpus indicis und Multangulum minus gelang, die Verletzung nachzuahmen, so schließt er daraus, dass in seinem und Gay's Falle eine angeborene Schwäche oder Abwesenheit dieses Bandes vielleicht kombinirt mit einer Missbildung der Carpalknochen bestand. **R. v. Hippel** (Dresden).

47) **F. Staffel.** Luxation des Os scaphoideum und des Os lunatum.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 1.)

Verrenkungen der Handwurzelknochen sind, nach den diesbezüglichen Litteraturangaben zu schließen, nur seltene Vorkommnisse. Indessen glaubt Verf., die

Anwendung der Röntgenstrahlen werde lehren, dass sie doch häufiger vorkommen, als man bisher anzunehmen geneigt sei. Die vorliegende Arbeit enthält die Beschreibung zweier derartiger Fälle, bei denen auch nur die Röntgenaufnahme den wahren Sachverhalt klärte. Bei dem einen Pat. bestand eine isolirte Verrenkung des Os lunatum, bei dem anderen handelte es sich um eine solche des gebrochenen Os scaphoideum und des Os lunatum zugleich, und zwar nach der Volarseite der Hand. Die Tastung scheint bei diesen Fällen keine sicheren diagnostischen Merkmale zu liefern. Nur bei dem 2. Falle mit der Verrenkung beider Knochen bestand eine wesentliche Bewegungsbeschränkung, und zwar ausschließlich eine solche der Beugung. Die mechanische Behandlung war ohne Erfolg. Einer Operation, welche zweifellos eine Besserung der Bewegungsfähigkeit herbeigeführt hätte, wollte sich Pat. nicht unterziehen. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

48) **C. Beck.** Über Tendinitis und Tendovaginitis prolifera calcarea.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 328.)

B. beobachtete bei einem 42jährigen Schneider, der vor ungefähr 11 Jahren eine kleine schmerzlose Anschwellung auf seinem rechten Handrücken bemerkt hatte, nachdem diese allmählich gewachsen war, eine jetzt mäßig apfelgroße, sehr harte dunkelrothe Handrückengeschwulst, welche, ulcerirt und von Fisteln durchsetzt, sarkomverdächtig erschien. Im Röntgenbilde ergab sich aber eine ulceröse Gelenkzerstörung im 3. Metacarpophalangealgelenk, wesshalb Fungus als Ursache der Geschwulst angenommen wurde. Bei der Operation wurde das kranke Gelenk versorgt, zugleich aber gefunden, dass die Strecksehnen sämmtlicher Finger, mit Ausnahme des Daumens, in eine Masse verbacken waren, welche wie Mörtel aussah und unter dem Messerschnitte knirschte. Exstirpation dieser Massen, wobei die Sehne des 3. Fingers ganz und die des 2. und 4. bis auf wenige Bündel geopfert werden musste. Langsame Heilung mit mäßiger Fingersteifigkeit. Die entfernten Kalkmassen wogen gegen 80 g. Mikroskopisch fand sich Rundzellengranulation, Staphylokokken, keine Tuberkelbacillen, ferner Ablagerungen von phosphor- und kolensaurem Kalke. Die Affektion erinnert also an die Verkalkungen in käsigen Lungenherden, Endo- und Perikardiumschwarten, Uterusmyomen etc. Zu bemerken ist noch, dass demselben Pat. 13 Jahre früher wegen Phlegmone eine große Zehe exartikulirt werden musste, an welcher ebenfalls Konkrementbildungen gesessen hatten. Diese waren seiner Zeit nicht näher untersucht und für gichtische Harnsäureablagerungen angesehen worden. Vielleicht aber handelte es sich auch damals um Kalkabsetzungen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

49) **J. Fittig.** Ein Fall von scheinbar primärem Cancroid der Ulna.

(Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 3.)

F. weist an Hand einer Beobachtung aus der v. Mikulicz'schen Klinik darauf hin, wie große Vorsicht bei Annahme primärer Knochencarcinome geboten ist.

Bei einem 53jährigen Manne wurde 6 Wochen nach einem Unfalle eine hühnereigroße Geschwulst der Ulna konstatirt. Dieselbe wurde unter Resektion des zum Theil völlig zerstörten Knochens exstirpirt und erwies sich überraschenderweise als ein Plattenepithelcarcinom. Dass dasselbe primär an Ort und Stelle entstanden sei, schien durchaus unwahrscheinlich, aber erst bei nochmaliger, nachträglicher Untersuchung ließ sich der Primärherd, ein bis dahin symptomlos verlaufenes Cancroid des Kehlkopfes entdecken. — Wie des Weiteren ausgeführt wird, darf überhaupt ein nur klinisch untersuchter und nicht lange Jahre hindurch beobachteter Fall für die Existenz eines primären Knochencarcinoms nicht ausschlaggebend sein, ja selbst bei Sektionen können noch die Primärherde übersehen werden. **Honsell** (Tübingen).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Vrelag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 19. Sonnabend, den 11. Mai. 1901.

I.

Die koupirte Äthernarkose.

Von

Dr. **Kronacher** in München.

Wohl die meisten Chirurgen, die seit Wiedereinführung der Äthernarkose von dieser ausgiebigen Gebrauch gemacht haben, werden nach Abwägung aller Vor- und Nachtheile darin einig sein, dass Chloroform und Äther vorerst neben einander so lange fortbestehen werden, als nicht ein besseres Narkoticum und vor Allem auch keine vollkommeneren Mittel und Methoden zur Erzeugung der lokalen Anästhesie erdacht werden und diese in den Schatten stellen.

Die lokalen Anästhetica, wie sie uns zur Zeit Behufs schmerzloser Vornahme operativer Eingriffe zur Verfügung stehen, werden die Narkose im Allgemeinen nicht entbehrlich machen, wenngleich

sie diese in vielen Fällen zu ersetzen scheinen. Aber nicht überall und nicht in demselben Maße macht man von diesem Ersatze Gebrauch, es giebt da wie dort Gegner, und wenn der letzteren viele sind, dann ist der Werth des Mittels mindestens ein zweifelhafter. Ich bin weit entfernt, die Vortheile dieser lokalen Anästhesie in Abrede stellen zu wollen, ich möchte nur ihren wahren Nutzen ins Auge fassen. Schauen wir uns die gebräuchlichsten dieser Mittel kurz an, ich werde an einer anderen Stelle eingehender darauf zurückkommen.

Das Chloräthyl und der Äther sind zur lokalen Anästhesie nur für eine beschränkte Anzahl von Operationen anwendbar, zudem schmerzen sie, wenn sie ihre Wirkung zu entfalten beginnen, noch mehr eine ganze Zeit lang nach Aufhören derselben. Das Cocain, Eukain u. A. sind eben so wenig souverän. Die Methode nach Braun-Oberst ist für eine, auch wiederum verhältnismäßig kleine Anzahl von chirurgischen Eingriffen nahezu ideal zu nennen, aber der Schlauch, die Nadelstiche und das Zuwarten bis zum Eintritte der Anästhesie stehen ihrer Vollkommenheit, abgesehen von der beschränkten Anwendung, im Wege.

Die Infiltrationsanästhesie nach Schleich, die gebräuchlichste von allen, ist anerkanntermaßen eine umständliche und zeitraubende Manipulation, die besonders dann eine halbe Sache wird, wenn sie, wie Viele wollen, die tiefe Narkose bei großen Operationen ersetzen soll. Vielleicht sind die neuerlichen Beobachtungen Lennander's[1] geeignet, ihr einen breiteren Weg zu bahnen.

Die spinale Injektion nach Bier ist zur Zeit nicht spruchreif und dürfte voraussichtlich ein zweischneidiges Schwert bleiben. So müssen wir es denn vorerst noch mit der Narkose halten und deren gefahrbringenden Momenten so viel als möglich entgegen zu treten trachten.

Bezüglich des Chloroforms macht Mikulicz[2] darauf aufmerksam, dass man bei vielen kleinen Operationen u. A. nicht immer tief zu narkotisiren brauche, sondern des öftern von der sog. Halbnarkose Gebrauch machen solle; er empfiehlt sie besonders für Frauen und Kinder, nicht minder aber auch für größere Operationen, bei denen man nach vorheriger tiefer Narkose mit dem Chloroform hinterher sehr sparsam umgehen könne.

In noch viel höherem Maße als das Chloroform ist aber auch der Äther zu einer solchen, von mir »koupirte Äthernarkose« genannten Anästhesirung geeignet; in noch viel höherem Maße schon desshalb, weil gerade die Hauptnachtheile der Äthernarkose (Bronchitis, Pneumonie, Psychosen und Collaps) erst in dem größeren

---

[1] Lennander, Über die Sensibilität der Bauchhöhle und über lokale und allgemeine Anästhesie bei Bruch- und Bauchoperationen. S. d. Centralbl. 1901. No. 8.

[2] v. Mikulicz, Chloroform oder Äther. Berliner klin. Wochenschrift 1894. No. 46.



Verbrauche des Mittels und der länger dauernden Narkose zu suchen sind.

Die Ausführung dieser Narkose geschieht folgendermaßen. Auf eine der gebräuchlichen Masken gieße man 5—10 ccm Äther, lasse unter öfters erneuter Luftzufuhr eine Anzahl Athemzüge machen, wiederhole das Aufgießen mit 10—20 ccm und narkotisire nun bis zum Eintritte der Excitation; ist diese eingetreten, so lasse man den Pat. noch eine Anzahl Inhalationen (5—10) machen; in vielen, den meisten Fällen genügt dieses Quantum zur Erzielung einer vollen Anästhesie. Man entferne die Maske und operire. Ist das Ätherquantum, wie in einigen wenigen Fällen, zur Erzeugung einer Excitation zu gering gewesen, so muss man ein drittes Mal und wiederum 10—20 ccm aufgießen, wobei man in der oben angegebenen Weise weiter verfährt. Die Dauer einer solchen Anästhesie währt bis zu 10 Minuten. Sollte sich nach Eintritt derselben rasches volles Erwachen und bald Schmerzempfindung einstellen, so muss man nochmals bis über das Excitationsstadium, wie geschildert, narkotisiren. Wie bei der tiefen Narkose, so hängt auch hier der Erfolg zuweilen von der Art der Pat. ab, d. h. der mehr oder weniger rasche Verlauf der Narkose. Die Pat. sind bei Bewusstsein, reagiren auf Anrufen u. dgl., geben nicht selten, oft unter lebhaften Gebärden, Schmerzensäußerungen von sich, haben aber zumeist nach dem vollen Erwachen keine Vorstellung von dem Geschehenen.

Ich habe beispielsweise in diesem Stadium einer Pat. 20 Zähne extrahirt; bei jedem einzelnen schrie dieselbe laut auf; sie war aber auf nachheriges Befragen frei von Schmerzempfindung. Dies nur ein Beispiel von vielen solchen Erfahrungen.

Eine gefährliche Nebenwirkung habe ich bei dieser Narkose niemals beobachtet; meist kehrt das Bewusstsein rasch zur Norm zurück, auch sind keine oder sehr geringe üble Nachwirkungen, wie Kopfschmerzen, Erbrechen, Übelkeit u. dgl., vorhanden.

Mit dieser Methode können wir die meisten kleinen Operationen, ja selbst eine Anzahl sog. mittelgroßer Eingriffe ausführen. Auf die anästhesirende Nachwirkung des Äthers nach der tiefen Narkose ist ja schon wiederholt von anderer Seite hingewiesen, und so sind wir denn, wenn unsere Methode einmal versagt, stets in der Lage, von ihr Gebrauch zu machen. Wir können andererseits aber auch bei größeren Operationen die Narkose bedeutend einschränken; es genügt oft eine einmalige tiefe Ätherisirung, um bis zu einer halbstündigen Dauer schmerzlos operiren zu können; selbst da, wo dies, wie ja nicht so selten, nicht ausreicht, können wir uns Äthereinschränkungen aller Art auferlegen.

Die koupirte Äthernarkose, die ich seit 3 Jahren in ausgiebigster Weise gebrauche, wird uns in den meisten Fällen die lokale Anästhesie ersetzen; auch für die tiefe Narkose wird sie vielfach zu verwenden sein. Da, wo sie für größere chirurgische Eingriffe nicht mehr ausreichend erscheint, wird eine tiefere Narkotisirung an ihre

Stelle treten, jedoch so, dass man sie mit Verringerung des Quantums nach Thunlichkeit modificiren wird.

In dieser Verringerung des zu inhalirenden Quantums liegt ein Hauptmoment zur Beseitigung der Chloroform- und Äthergefahren.

München im März 1901.

II.

(Aus dem Rudolfinerhause in Wien.)

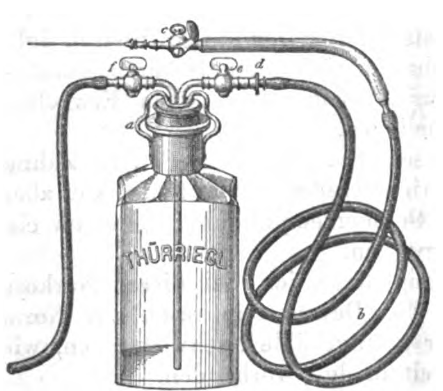
Ein Apparat für Schleich'sche Infiltrationsanästhesie.

Von

Dr. **Ludwig Moszkowicz,**

Sekundärarzt des Rudolfinerhauses.

Der Apparat, den ich hiermit zur Erprobung empfehlen möchte, hat die Aufgabe, die Spritze für die Infiltration überflüssig zu machen und so die Technik derselben zu vereinfachen. Die Abbildung veranschaulicht wohl am einfachsten die Konstruktion des Apparates. Die 300 ccm fassende Flasche wird zur Hälfte mit der Cocainlösung gefüllt. Durch wenige Kolbenstöße einer einfachen Wundspritze wird in der Flasche erhöhter Luftdruck erzeugt, der die Flüssigkeit in den Schlauch *b* und das mit Bügelhahn versehene Endstück *c* treibt, welches die Injektionsnadel trägt.



Der doppelt durchbohrte Kautschukstöpsel wird durch einen Drahtbügel *a* fest am Halse der Flasche befestigt. Der zur Infiltration nöthige Druck wurde empirisch gefunden. Er wird durch drei Kolbenstöße einer 100 ccm fassenden gewöhnlichen Wundspritze erzeugt, wobei natürlich bei jedem Kolbenstoße der Hahn bei *f* geöffnet und während des Aufziehens der Spritze geschlossen werden muss.

Ich habe es absichtlich vermieden, eine Druckpumpe mit Ventilen anzuwenden, um den Apparat so einfach als möglich zu lassen. Der so erzeugte Druck beträgt etwa $1^1/_2$ Atmosphären. Wer mehrmals den Apparat aufgepumpt hat, erkennt leicht an dem Widerstande, den er dabei empfindet, wann der Druck die nöthige Höhe erreicht hat. Der Wasserstrahl, den die so gefüllte Flasche emporsendet, geht ungefähr 2 m hoch.

Der Schlauch *b* ist $1^1/_4$ m lang, hat bei 2 mm Wanddicke ein Lumen von $2^2/_3$ mm. Er wird durch den hohen Luftdruck ganz wenig gebläht und wirkt dadurch wie ein Windkessel. Schläuche von dickerer Wandung, die dem Luftdrucke gar nicht nachgaben, erwiesen sich wegen der geringeren Beweglichkeit als unzweckmäßig. Bei einem Drucke von 2 Atmosphären platzt der Schlauch und wirkt so als Sicherheitsventil, doch ist die Erzeugung eines solchen Druckes mit Hilfe der Wundspritze schon sehr schwierig. Die Flasche hält einen Druck von drei Atmosphären aus.

Das Endstück *c* ist der vom Operateur zu handhabende Theil. Es besteht aus einem engeren Innenrohre, das nur Behufs größerer Handlichkeit von einem äußeren Rohre als Mantel umgeben ist. Das proximale Ende ist abgebogen, wodurch der Zug des Gummischlauches vom Operateur weniger empfunden wird. Am distalen Ende ist in entsprechender Entfernung ein Bügelhahn angebracht, so dass, wenn das Endstück *c* in die volle Faust genommen wird, der Daumen den Bügel leicht umlegen kann.

Der Hahn ist leicht zerlegbar, kann also gereinigt und geölt werden, was von Zeit zu Zeit nothwendig sein wird, da dieser Theil des Apparates gekocht wird. Zu diesem Behufe ist der Schlauch *b* an dem Rohre *e* bei *d* durch eine Schraubenmutter, einen sog. Holländer, befestigt, kann also in Verbindung mit dem Endstücke *c* abgenommen und wieder luftdicht aufgeschraubt werden. Die Kanüle hat kein Gewinde, sondern passt bloß genau auf den Conus des Endstückes, auf den sie mit einer Drehung aufgesteckt wird.

Die Anwendung des Apparates ist nun folgende: Vor der Operation wird die Flasche zur Hälfte mit Schleich'scher Lösung gefüllt und mit drei Kolbenstößen einer Wundspritze der nöthige Druck erzeugt. Nun wird der Hahn bei *f* geschlossen, die Spritze abgenommen. Indessen wurde der Theil *b* mit dem Endstück *c* mit den übrigen Instrumenten gekocht.

Soll die Operation beginnen, so schraubt man den Schlauch *b* bei *d* an die Flasche, die am besten mittels eines Hakens am Operationstische befestigt wird, oder in ein Becken mit warmer Sublimatlösung gestellt wird, wodurch auch die Cocainlösung die nöthige Körperwärme erhält.

Der Hahn bei *e* wird geöffnet, der Schlauch *b* mit dem Endstück ist steril und kann neben den anderen Instrumenten auf dem Operationstische liegen. In manchen Fällen wird es zweckmäßiger sein, wenn ein aseptischer Assistent die Flasche mit dem Haken an einem Knopfloche befestigt und dem Operateur den Griff *c* reicht.

Die Technik der Operation ist sehr einfach. Man sticht ein, öffnet mit dem Daumen den Bügelhahn bei *c*, sofort entsteht eine Quaddel, wenn der Druck genügend groß ist. Indem man die Nadel einfach vorstößt, breitet sich das Infiltrat über die Strecke aus, die der Länge der Nadel entspricht. Nun schließt man den Hahn, zieht die Nadel heraus, um sie neuerdings in beliebiger Richtung einzustechen. So infiltrirt man in kurzer Zeit einen großen Hautbezirk. In dem Maße als die Flüssigkeit ausgespritzt wird, sinkt der Druck in der Flasche, er reicht aber immer noch aus, um die geringere Spannung der tieferen Gewebsschichten, die im weiteren Verlaufe der Operation infiltrirt werden sollen, zu überwinden, so dass die einmal geladene Flasche bis zum vollständigen Verbrauche der Flüssigkeit funktionirt. Übrigens lässt sich ja auch durch einen Kolbenstoß der Spritze während einer Zeit, da keine Infiltration nöthig ist, der Druck in der Flasche wieder erhöhen.

Regierungsrath Gersuny hatte die Güte, den Apparat bei einer Reihe von Fällen im Rudolfinerhause zu erproben, wobei derselbe zu vollster Zufriedenheit funktionirte.

Der häufige Spritzenwechsel war immer der wunde Punkt in der Technik der Infiltrationsanästhesie. Kleine 1grammige Spritzen, die sich am leichtesten handhaben lassen, machen häufige Spritzenfüllung nöthig, größere Spritzen erfordern, je größer sie sind, einen um so größeren Druck der Hand, der auf die Dauer schmerzhaft empfunden wird.

Mit meinem Apparate wird rasch und leicht infiltrirt, die Infiltration wird daher gründlicher und mit um so besserem Erfolge ausgeführt. Es ist daher zu hoffen, dass dadurch die Infiltrationsanästhesie noch mehr an Ausdehnung gewinnen wird, indem mancher Chirurg, der die häufige Spritzenfüllung lästig empfunden hat, sich bereit finden lassen wird, auch größere Operationen mit der lokalen Anästhesie zu versuchen.

---

1) **Tillmanns.** Lehrbuch der speciellen Chirurgie. 7. verbesserte und vermehrte Auflage.

Leipzig, **Veit & Co.**, 1901.

Bei dem rastlosen Fortschreiten der chirurgischen Wissenschaft erfordern unsere gangbaren Lehrbücher fortgesetzt Neuauflagen mit zeitgemäßen Ergänzungen. Nachdem noch unlängst das König'sche Lehrbuch in 7. Auflage erschienen ist, hat sich auch bei dem T.'schen bereits eine Neuausgabe nöthig erwiesen, obwohl die letzte noch erst aus dem Jahre 1899 datirt. In allen Abschnitten ist den neueren Veröffentlichungen und Forschungsresultaten Rechnung getragen, selbstverständlich so weit es der Rahmen des so außerordentlich praktisch angelegten Lehrbuches gestattete. Der Werth des T.'schen Buches liegt ja zweifellos einmal in seiner bei aller Wissenschaftlichkeit kurzen knappen, das Nebensächliche bei Seite lassenden Darstellung, dann in seinen überaus zahlreichen, leicht verständlichen und die Natur meist richtig wiedergebenden Abbildungen, endlich und nicht zum Mindesten in der übersichtlichen Eintheilung und Anordnung des Stoffes mit der praktischen Einrichtung der Stichworte am Seitenrande, die kurz über den Inhalt des betreffenden Absatzes Kunde geben. Desshalb wird es für den Studenten auch immer das verständlichere und von ihm mehr begehrte Lehrbuch bleiben.

Die Zahl der Bilder ist wieder beträchtlich vermehrt, im 1. Bande um 70, im 2. um 30. Vielleicht dürfte der Wunsch gestattet sein, der Chirurgie des Magens mit specieller Berücksichtigung der für den jungen Arzt so wichtigen Indikationspunkte etwas mehr Raum zu gewähren. **Reichard** (Cracau-Magdeburg).

---

2) G. B. Schmidt. Kurzgefasstes Lehrbuch der Chirurgie. I. Allgemeiner Theil.

Wien, **Franz Deuticke,** 1901. 384 S.

In dem Titel, den S. seinen Buche giebt, und in der Einleitung spricht Verf. aus, wie er seine Chirurgie aufgefasst haben will. Der Medicinstudirende soll bei seinem ersten Eintritt in den chirurgischen Hörsaal in dem Werke ein kurzgefasstes Lehrbuch haben, dessen methodische Durcharbeitung ihn in das Gesammtgebiet unseres chirurgischen Wissens und Könnens einführen soll. Das Buch entspricht sicherlich einem Bedürfnis und wird den Studenten sehr willkommen sein; aber auch der praktische Arzt, der fern dem Universitäts- und klinischen Leben steht, wird sich leicht in ihm über chirurgische Fragen informiren können. Das Ziel, welches sich S. gesteckt hat, ist aber kein leichtes, das Werk soll das Wichtigste in gedrängtem Raume bringen, dabei aber seinen wissenschaftlichen Charakter wahren. Der I. Theil, die allgemeine Chirurgie, liegt vor uns, und man wird dem Verf. die Anerkennung zollen müssen, dass er sein sich gestecktes Ziel erreicht hat, ohne dem Buche den Stempel des Kompendiums aufzudrücken. Die Anordnung des Stoffes ist übersichtlich und seine Bearbeitung kurz und klar.

Wenn Ausstellungen zu machen sind, so beziehen sich diese auf die Illustrationen, für die der Verlag und der Verf. gleich verantwortlich sind. Man sieht es ja allerdings sehr häufig, dass die Reproduktionen in den ersten Auflagen recht viel zu wünschen übrig lassen; doch wundert uns dies in dem vorliegenden Falle um so mehr, als die sonstige Austattung des Buches eine recht gute ist; die meisten Reproduktionen stehen keineswegs auf der Höhe der Zeit. Es muss ferner Wunder nehmen, dass Verf. den größten Theil seiner Bilder aus anderen Werken entlehnt hat; es haben ihm bei dem überaus reichen Material der Heidelberger chirurgischen Klinik doch sicherlich so viel neuere Objektpräparate zur Verfügung gestanden, dass er neue eigene Bilder hätte bringen können. So finden sich auch einige Instrumente in ganz veralteten Formen abgebildet; z. B. finden wir die alte Middeldorpf'sche Glühschlinge, den Transfusionsapparat nach Collin; die alte Kettensäge ist dargestellt, während die sie verdrängende Giglisäge keine Beachtung findet etc.

Ref. glaubt dies im Interesse des Buches erwähnen zu müssen, damit die weiteren Theile, resp. die nächste Auflage, auch in dieser Beziehung den heutigen Anforderungen, die wir an ein Lehrbuch der Chirurgie stellen müssen, entspricht. **H. Wagner** (Breslau).

---

3) Tilmann. Zur Theorie der Schädelschüsse.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1900. Hft. 2. p. 65.)

T. hat die auf dem 28. deutschen Chirurgenkongress mitgetheilten Erfahrungen Krönlein's einer Kritik unterzogen und einer experi-

mentellen Nachprüfung unterworfen. Er kommt zu dem Ergebnisse, dass die von Krönlein beschriebene Exenteratio cerebri schon allein durch die Wirkung der Pulvergase bei unmittelbar und fest auf die Haut des Schädels aufgesetztem Gewehrlauf erklärt werden könne. Aus dem Grade der Zerstörung ist es unter diesen Umständen nicht möglich, zu entscheiden, ob ein Geschoss überhaupt mitgewirkt hat, oder nicht. Die Wirkung der eintretenden und sich mächtig ausdehnenden Pulvergase genügt allein schon zur Erklärung der mächtigen Zerstörung. Die von Krönlein beschriebenen Fälle, welchen er noch einen selbst beobachteten Fall (den vierten dieser Art) anreiht, sind daher zwar auffallend, müssen aber von einem besonderen Gesichtspunkte betrachtet und können nicht herangezogen werden, um die Theorie der Nahschüsse zu erschüttern. Vielmehr ist die gewöhnlich große Zerstörung des Schädels und Gehirnes bei Nahschüssen als die Folge der Geschwindigkeitsübertragung des Geschosses auf die Gehirntheile anzusehen. Bei Schüssen aus allernächster Nähe, à bout portant und bis zu etwa 12 cm Abstand zwischen Gewehrmündung und Körperoberfläche, kommt nun als weiteres Moment noch das Eindringen der sich mächtig ausdehnenden Pulvergase in die Wunde hinzu, welche die Exenteration im Ganzen ohne wesentliche Zertrümmerung bewirken kann.

Was die zweite Kategorie der Fälle Krönlein's betrifft, in denen trotz kurzen Abstandes eine tiefe Zerstörung des Gesammtgehirnes ausbleibt, so handelt es sich stets um tangential auftreffende Schüsse mit kurzem Schusskanal und durch Durchbohrung mehrerer Knochen abgeschwächtem Geschosse. Es ist mithin die Geschwindigkeit sowohl als auch die Menge der getroffenen Hirntheile gering und sind daher auch die Ausfallserscheinungen um so weniger erheblich, als die auf einzelne Gehirntheile, hier die Schläfenlappen, beschränkte Zerstörung oft überhaupt nur geringe Erscheinungen macht.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

Anmerkung: Auf diese Arbeit bezieht sich die Entgegnung Krönlein's, deren Referat auf p. 292 dieses Blattes (1901) gegeben ist. Ref.

---

4) G. Luys. Betrachtungen über die traumatischen Verletzungen der Sinus der harten Hirnhaut.

Inaug.-Diss., Paris, 1900.

Diese lesenswerthe Arbeit erhebt sich an Umfang (126 S.) und Inhalt wesentlich über den Durchschnitt der Inauguraldissertationen. Der Autor behandelt in 6 Kapiteln nach einander die Anatomie des Sinusgebietes, die Ätiologie und den Mechanismus der Sinusverletzungen, die pathologische Anatomie, die Symptomatologie, die Diagnostik und die Behandlungsmethoden.

Als wesentliche Ergebnisse der Ausführungen unter diesen 6 Gesichtspunkten ergiebt sich Folgendes in kurzer Zusammenfassung:

1) Das Gebiet, auf welchem Sinusverletzungen stattfinden können, überragt die Mittellinie des Sinus nach jeder Seite um $1^1/_2$ cm, in Folge der Einmündung zahlreicher Venen, deren Verletzung in der Nähe des Sinus praktisch einer Verletzung des Sinus selbst gleichkommt.

2) Es kommen sowohl direkte Verletzungen des Sinus vor mit äußerer Verwundung als auch indirekte ohne äußere Verwundung oder selbst ohne Schädelbruch.

3) Die Blutungen sind zuweilen nur extradural, meistens jedoch extra- und intradural. Der Autor hat das bereits früher von Serres an Hunden angestellte Experiment nachgeprüft, aus dem sich ergiebt, dass die häufig anzutreffende Ablösung der Dura im Bereiche der Blutung nicht sekundär durch den Druck des Blutes veranlasst wird, sondern vielmehr eine Vorbedingung für die Ergießung des Blutes zwischen Dura und Knochen ist.

4) Die Diagnose ist mit Sicherheit nur dann zu stellen, wenn man einen Zusammenhang zwischen Wunde und Sinus erkennen kann. Man soll jedoch bei jeder Schädelverletzung mit Depression in der Nähe eines Sinus eine Sinusverletzung als wahrscheinlich annehmen.

5) Wenn bei einem solchen Falle außerdem noch Zeichen von Hirndruck vorhanden sind, so soll man unbedingt chirurgisch eingreifen, eben so wie in jedem Falle von festgestellter Sinusverletzung.

6) Die Art des Eingriffes muss nach ausgiebiger Freilegung des Gebietes durch Trepanation zunächst auf schnelle Blutstillung gerichtet sein. Die anatomischen Verhältnisse ergeben, dass bei den nicht seltenen operativen Verletzungen des lateralen Sinus die Blutstillung durch einfache Tamponade meistens leicht zu erreichen ist. Beim Längssinus leistet die Tamponade wenig; hier kommt Fingerdruck, Anlegung von Klemmpincetten, Einstopfen von Katgutbündeln in Betracht. Nach vorläufiger Blutstillung empfiehlt Autor dringend die Naht der Sinusverletzung nach Schwartz, mit Seide oder Katgut.

Die Kasuistik, aus welcher Verf. die angeführten Anschauungen entwickelt, umfasst 58 Fälle. Davon betreffen 16 den Sinus lateralis mit 13 Todesfällen. (Unter diese 16 sind keine Fälle von operativen Verletzungen aufgenommen, die ja fast immer einen günstigen Verlauf nehmen.) In 12 Fällen erfolgte der Tod, ohne dass ein chirurgischer Eingriff stattgefunden hatte; 4 Fälle wurden operirt; von diesen wurden 3 geheilt, und zwar einer mit Naht der Sinuswunde, 2 mit einfacher Tamponade nach Freilegung der Wunde.

Viel günstiger stellt sich die Statistik der 42 Fälle von Verletzung des Sinus longitudinalis. Von diesen endeten 17 tödlich, und zwar 7 trotz chirurgischen Eingreifens; bei den anderen 10 erfolgte der Tod meist kurz nach der Verletzung. 20 konnten durch den chirurgischen Eingriff gerettet werden, 5 Fälle heilten ohne chirurgischen Eingriff, von einem einfachen Occlusivverbande (in 3 Fällen) abgesehen. Die Naht der Sinuswand wurde in 4 Fällen

ausgeführt, jedes Mal mit gutem Erfolge. 5 Abbildungen, darunter 2 farbige, veranschaulichen die Ausführungen. **W. Schultz** (Kiel).

---

5) **J. Chaillons.** Die Operation nach Krönlein bei den Erkrankungen der Orbita.

Inaug.-Diss., Paris, 1900.

An der Hand eines geschichtlichen Überblickes über die Entwicklung des Operationsverfahrens, so wie einer großen Anzahl von theilweise recht interessanten Krankengeschichten kommt Verf. zu dem Schlusse, dass die Krönlein'sche Methode, die temporäre Resektion der äußeren Orbitalwand, bei allen Fällen von Geschwülsten des Sehnerven unbedingt anzuwenden sei.

Er empfiehlt dieselbe ferner bei Cysten der Orbita, falls nicht eine Punktion mit Einspritzung einer Sublimatlösung (1 : 1000) die Symptome zum Verschwinden gebracht habe.

Schließlich will er sie zu diagnostischen Zwecken angewandt wissen in allen Fällen, bei denen über die Natur oder Lokalisation einer Geschwulst in der Augenhöhle Zweifel bestehen (5 Abbildgn.).

W. Schultz (Kiel).

---

6) **Steinthal.** Rhinoplastik aus der Brusthaut.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 3.)

S. hat bei einem Falle von Gesichts- und Nasenlupus, bei welchem nur das knöcherne Nasengerüst nach der Entfernung der erkrankten Partien zurückgeblieben war, die Brusthaut zur Rhinoplastik verwandt. Die Operation zerfiel in folgende Akte: 1) Umschneiden des Brustlappens und Einpflanzen desselben in den Vorderarm. 2) Durchtrennung des Bruststieles in einem Zuge. 3) Überführen des Lappens an die Nasenwurzel, wobei der Arm so fixirt wurde, dass der Handrücken der Stirn auflag. Die Bildung der Nase aus dem translocirten Lappen erfolgte in üblicher Weise. — Die mitgetheilte Beobachtung dürfte wohl nicht nur für die Rhinoplastik, sondern überhaupt für die Technik plastischer Operationen von Werth sein, da sie zeigt, dass Hautlappen durch Vermittlung des Vorderarmes nach den entferntesten Körperstellen verpflanzt werden können.

Honsell (Tübingen).

---

7) **A. A. Gray.** A further note on the production of local anaesthesia in the ear, nose and throat.

(Lancet 1901. März 9.)

In Ergänzung einer früheren Veröffentlichung (Lancet 1900 April 21), in der Verf. für kleinere Operationen, besonders solche in Nase, Ohr und Hals ein Mittel zur Lokalanästhesie empfiehlt, das eine 10%ige Lösung von Cocain in Anilinöl und Spiritus zu gleichen Theilen darstellt, giebt er jetzt eine verbesserte, vielfach als recht geeignet erprobte Zusammensetzung zu gleichem Zwecke an.

Zwei Lösungen sind fertig zu halten:

1) eine 20%ige Lösung von Cocain. hydrochloricum in Spiritus rectificatus;

2) eine 15—20%ige Lösung von β-Eucain in Anilinöl.

Zum Gebrauche werden von jeder Lösung ca. 15—20 Tropfen zusammengegossen; die Mischung, erst opak, wird wasserklar. Sie ist nicht fertig zu halten, da zersetzlich; die Eucain-Anilinlösung ist vor dem Zusammengießen umzuschütteln, da sich nicht alles Eucain im Öl löst. Das Mittel wird so angewandt, dass die zu anästhesirenden Bezirke damit betupft werden, und zwar möglichst energisch für einige Sekunden. Nach höchstens 7 Minuten tritt volle Anästhesie auf; diese ist eine bei Weitem tiefere als bei bedeutend höher procentigen wässrigen Lösungen von Cocain oder als bei sehr viel größeren Mengen wässriger Cocainlösung. Es sollen so die tiefer anästhesirende Wirkung und das Ausbleiben von Symptomen der Cocainintoxikation die Hauptvortheile der empfohlenen Lösung sein.

Das gelegentlich beobachtete leichte Brennen beim Appliciren der Lösung ist belanglos, wichtiger das ab und zu, gewöhnlich erst nach einigen Stunden beobachtete eigenthümliche Blaufärben der Lippen (das wahrscheinlich auf der Umwandlung von Oxyhämoglobin in Methämoglobin beruht).

Doch bei Anwendung der genannten Menge der Lösung und entsprechender Verringerung bei Kindern — eine Dosis, die absolut ausreichend ist — sind keine Nebenwirkungen zu fürchten.

F. Kraemer (Berlin).

---

8) **H. du Fougeray.** De l'emploi de l'acide chromique en solution au demi dans le traitement des tumeurs malignes des muqueuses du pharynx, nez, larynx.

(Ann. des malad. de l'oreille, du larynx etc. T. XXVII. No. 1.)

F. schlägt zur Behandlung von Carcinomen in Rachen, Nase und Kehlkopf wiederholte Ätzungen mit Chromsäure vor. Er berichtet über einen Fall von Rachenkrebs, der dadurch geheilt wurde und nach 2 Jahren noch recidivfrei war. Ein zweiter, ähnlicher Fall endete während der Behandlung tödlich an Pneumonie, nachdem Besserung erzielt war. Bei einem inoperablen Kehlkopfcarcinom mit starken Stenoseerscheinungen — Tracheotomie abgelehnt — erzielte F. freie Athmung durch wiederholte Ätzungen.

Für operable Fälle dürfte der Vorschlag F.'s wohl kaum Anklang finden.

Hinsberg (Breslau).

---

9) **E. Félix.** Le lupus des muqueuses des voies aériennes supérieures.

(Ann. des malad. de l'oreille, du larynx etc. T. XXVII. No. 2.)

F. giebt eine gute Übersicht über die lupösen Erkrankungen der oberen Luftwege, die wohl vorwiegend für die Rhino-Laryngologen von Interesse ist.

Von allgemeiner Bedeutung erscheint die von F. hervorgehobene Thatsache, dass der Lupus sehr häufig primär in der Nase auftritt und erst von da aus sich auf die Gesichtshaut weiter verbreitet. Nach der Ansicht mehrerer Autoren (Lang, Audry u. A.) ist das sogar die häufigste Entstehungsart des Gesichtslupus. — Frühzeitige Diagnose und Behandlung der Nasenerkrankung ist also außerordentlich wichtig.

F. berichtet über 10 eigene Beobachtungen. Näher auf die interessante und besonders durch eine umfassende Litteraturzusammenstellung werthvolle Arbeit einzugehen, ist an dieser Stelle nicht möglich.

Hinsberg (Breslau).

---

10) **J. v. Bókay.** Über das Intubationstrauma.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 369.)

Verf., Primärarzt des Budapester Stefanie-Kinderhospitals, verfügt über eine imposante eigene Erfahrung über Intubation, die ihn zusammen mit völliger Kenntnis der einschlägigen Litteratur in Stand setzte, vorliegende, für ihren Gegenstand maßgebendste Bedeutung und Wichtigkeit besitzende Arbeit zu liefern. Dieselbe ist 108 Seiten stark, mit 23 Figuren illustrirt, welche anatomische Präparate, verschiedene Intubationsinstrumente und Operationsakte darstellen, und bringt im Anschlusse an ihr eigentliches Thema eine Menge von instruktiven Auseinandersetzungen zur Technik und Praxis des Intubationsverfahrens, so dass kein Chirurg, der selbst das Verfahren ausüben will, das Studium dieses Werkes unterlassen sollte.

Verf. theilt seinen Stoff in 3 Abschnitte: 1) Das Trauma bei der Tubuseinführung, 2) das Trauma bei liegendem Tubus, 3) das Extubationstrauma. Das 1. und 3. treten gegen das 2. Trauma an praktischer Wichtigkeit ganz bedeutend zurück. Bei Einführung der Tuben können allerdings leicht oberflächliche Schleimhauterosionen gesetzt werden, doch sind sie bedeutungslos. Um so schädlicher ist das Bohren falscher Wege, die meist den Tod der Kranken bewirken. Verf. hat 5 dergleichen eigene Fälle zu beklagen. Der Unfall ist stets auf grobes Ungeschick des Operateurs zurückzuführen. Vor der Anwendung im Ernstfalle hat darum jeder Operateur die Technik sich an Phantomen oder an tracheotomirten rekonvalescirenden Kindern einzuüben. Eben so ist die Vermeidung von Beschädigungen beim Extubiren wesentlich Sache der Technik. Verf. bespricht die mannigfach von verschiedenen Autoren für diesen Akt empfohlenen Extraktoren und Handgriffe, worüber wir auf das Original verweisen. v. B. selbst besorgt in der Regel die Tubenextraktion durch Ziehen an dem an der Kanüle befestigten Faden.

Das bei Weitem wichtigste Intubationstrauma ist aber, wie gesagt, das Trauma bei liegendem Tubus oder mit anderen Worten die Decubitus erzeugende Wirkung der Kanülen, derjenige Übelstand des Verfahrens, der dessen schwächste Seite ist und ganz nie zu ver-

meiden sein wird. Die Häufigkeit der Decubitalgeschwüre in v. B.'s Material ergiebt sich aus folgenden Zahlen. Von August 1890 bis August 1900 wurden 1203 diphtheriekranke Kinder intubirt, von denen 704 gestorben sind. Von letzteren wurden 360 secirt, und zwar diejenigen, welche die Intubation etwas längere Zeit (zum Entstehen der Druckgeschwüre genügend) überlebt hatten. Dabei wurden in 156 Fällen dergleichen Geschwüre gefunden, d. h. in ca. 13% des Gesammtmateriales. Unter den 499 geheilten Fällen zeigten ferner 16 die Symptome tieferen Decubitus und kamen desshalb auch zur Sekundärtracheotomie. Rechnet man diese zu den anatomisch beobachteten Fällen, so ergiebt sich eine $14^1/_3$% betragende Gesammtfrequenz für Kanülendecubitus. Schaltet man aber von den Sektionsfällen die oberflächlich gebliebenen Schleimhauterosionen aus, so beträgt die Häufigkeit bedenklicherer Ulcerationen immerhin noch 5%. Die Lokalisirung dieser Geschwüre ist eine durchaus typische, nämlich an der Vorderwand der Luftwege, und zwar mit abnehmender Häufigkeit an der Luftröhre, dem Schildknorpel und endlich am Ringknorpel. Ihr Grad wechselt von leichter Schleimhautanscheuerung bis zu ergiebiger Knorpelentblößung und Perforation. Zu ihrem Zustandekommen kommen ätiologisch in Frage das Alter der Kranken (Prädisposition der jüngeren 1—2jährigen Kinder), die Qualität und Bauart der Kanülen, Dauer des Kanülentragens, endlich die individuelle Disposition des Pat., bezw. die Schwere der vorhandenen Diphtherie, unter Umständen auch Masern oder Scharlach etc. Ganz besonders wichtig ist natürlich die Beschaffenheit der Tuben, und hier ist hervorzuheben, dass v. B. die von Ermold in New York gelieferten »Ebonit-« (Hartgummi-) Tuben für die besten befunden hat. Von diesen ist dem Alter der Kranken angemessen die richtige Nummer auszuwählen. Was die Dauer des Liegenlassens der Kanüle betrifft, so ist v. B. nicht für eine generelle, möglichst abgekürzte Intubation (Écouvillonage, Tubage écourté à repétitions, Tubage intermittent), sondern ist der klassischen »Tubage permanent« nach O'Dwyer treu geblieben. Er macht den ersten Extubationsversuch erst nach 48 Stunden; seit Einführung der Heilserumanwendung beträgt bei ihm die durchschnittliche Dauer des Kanülentragens 63 Stunden.

Das Vorhandensein leichterer Geschwüre braucht keine auffallenden Erscheinungen zu bewirken. Tiefere können sich durch Hustenreiz, Blutexpektoration und schwarze Flecke an Metalltuben verrathen. Ihr wichtigstes Symptom aber ist die Unmöglichkeit oder Erschwerung der Detubation. Dergleichen Fälle sind der sekundären Tracheotomie zu unterziehen, nach deren Ausführung aber ist bei liegender Trachealkanüle der Kehlkopf durch Intubationen wegsam zu erhalten oder zu machen. Doch ist v. B. entschieden gegen eine allzu freigebige und namentlich zu frühe Vornahme der Tracheotomie. Ein bestimmter Termin ist für sie nicht anzugeben, Verdacht auf Decubitus oder bloße Furcht vor ihm rechtfertigt sie nicht. Sie soll

nur bei zweifellosem Vorhandensein eines schweren Decubitus, namentlich bei bedeutender Zerstörung des Ringknorpels statthaft sein. Zunächst sind entweder dickere Tuben Behufs Beseitigung etwaiger Granulome durch Druck zu versuchen oder dünnere oder auch solche von kürzerer Form. Auch mit Adstringentien armirte Tuben haben genützt. Am schwersten ist die definitive Heilung derjenigen Fälle zu erreichen, in denen es zu narbigem Kehlkopfverschluss gekommen ist. v. B. hatte 8 derartige Kranke zu behandeln, von welchen 3 an accidenteller Katarrhalpneumonie starben. Die Krankengeschichten der übrigen werden ausführlich mitgetheilt. 2 wurden durch Tubage allein geheilt, Fall 3 nach 1maliger, Fall 4 nach 2maliger Laryngofissur. Fall 5 ist dieser Operation 4mal (!) unterzogen, und bei ihm der Kehlkopfweg theilweise hergestellt, so dass nicht ausgeschlossen ist, dass Pat. bei Verdeckung der Fistel noch phonationsfähig werden wird. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

11) **L. Harmer.** Untersuchungen über den Tonsillotomiebelag und seine etwaigen Beziehungen zum Diphtheriebacillus.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 38.)

Die an einem Materiale von 31 Kranken angestellten histologischen und bakteriologischen Untersuchungen lassen sich kurz dahin zusammenfassen, dass nach jeder Tonsillotomie sich längstens innerhalb 24 Stunden an der Wundstelle ein Belag entwickelt, manchmal nur rudimentär, manchmal in Form von Membranen. Dieser Belag besteht aus Fibrin, Leukocyten und nekrotischen Partien der Wundfläche; auch finden sich darin in ziemlich großer Menge Bakterien, vorherrschend Streptokokken und Staphylokokken, doch auch andere Formen. Es ist wahrscheinlich, dass die Bakterien in ursächlicher Beziehung zu dem Belage stehen. Als Regel ist anzunehmen, dass der Diphtheriebacillus auch als zufälliger Befund in dem Belage nicht nachweisbar ist, jedenfalls kann er nicht als Ursache angenommen werden. Doch ist relativ häufig in dem Belage ein Bacillus nachzuweisen, welcher zur Gruppe der Pseudodiphtheriebacillen gerechnet werden muss.

Irgend eine Gefahr ist mit dem Tonsillotomiebelag in der Regel nicht verbunden, doch scheint es nicht rathsam, zu Zeiten einer größeren Diphtherieepidemie, namentlich bei Kindern, eine Tonsillotomie vorzunehmen, ohne entsprechende Vorsichtsmaßregeln zu ergreifen. **Hübener** (Dresden).

---

12) **F. Hartmann.** Klinische und pathologisch-anatomische Untersuchungen über die unkomplicirten, traumatischen Rückenmarkserkrankungen.

(Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 1900. Bd. XIX.)

Aus der neurologisch-psychiatrischen Universitätsklinik zu Graz veröffentlicht H. in einer Arbeit von fast 100 Seiten 10 interessante

Fälle traumatischer Rückenmarkserkrankung, von denen er 8 als »unkomplicirte« schildert, d. h. als solche, welche nicht durch eine unmittelbare Wirbelsäulenverletzung komplicirt sind. Er wünscht diese getrennt zu sehen in unmittelbar traumatische, in welchen die Erkrankung des Rückenmarkes im sofortigen Anschlusse an das Trauma entstanden ist, und in mittelbar traumatische, bei welchen erst ein Trauma den Anstoß zur Entwicklung einer chronischen Rückenmarkserkrankung in späterer Folge giebt, und er rechnet zu letzterer Gruppe die Poliomyelitis anterior chronica (Erb), die Sklerose, Gliose, Sklerogliose und Syringomyelie traumatischen Ursprungs. Nach seiner Auffassung ist man zur Zeit nicht im Stande, aus dem klinischen Bilde einer Rückenmarkserkrankung nach Trauma auf ein bestimmtes pathologisch-anatomisches Substrat (Blutung, Nekrose, Entzündung etc.) zu schließen. Er unterscheidet die vorkommenden primären Degenerationen in lymphogene und ischämische.

Von pathologischen Veränderungen stellt er zusammen solche der Häute: Blutungen, narbige Schrumpfung, Meningitis adhaesiva; des Lymphapparates: Lymphstauung in den vorgebildeten Lymphräumen (perivaskulär, pericellulär, Centralkanal), Lympheinfiltration, lymphogene Degeneration (primäre Nekrosen von Schmaus), Hohlraumbildung; des Blutgefäßsystemes: Primäre und sekundäre Hämorrhagien, Hyperämien, Endothelwucherung oder blasige Quellung, Verwandlung der Adventitia in Keimgewebe mit regenerativer Funktion, Kapillarobliteration mit consecutiver ischämischer Degeneration, echte Periarteriitis und Arteriitis; des Gliagewebes: Mäßige Proliferation in der Umgebung von herdförmigen Erkrankungen, in den Randzonen und perivaskulär; des nervösen Gewebes: Primäre mechanische Zertrümmerung, lymphogene und ischämische Degeneration (primäre Nekrosen); Wurzelerkrankungen und Zellveränderungen oft auch weit entfernt von der Stelle der Einwirkung der Gewalt. H. fand, dass weitgehende Veränderungen — primäre — ohne accidentelle Blutungen hervorgerufen werden können.

Er sah trotz weitgehender Veränderungen aller Gewebsbestandtheile gerade die Glia am wenigsten an degenerativen und regenerativen Vorgängen sich betheiligen und glaubt desshalb, dass zur specifischen Erkrankung der Glia und ihrer pathologischen Wucherung doch noch andere auslösende Momente zu Trauma und Gefäßveränderungen hinzukommen müssen. Er hält die Möglichkeit der Entstehung disseminirter Herde im Rückenmarke nach traumatischer Einwirkung für möglich und ist der Ansicht, dass sich chronische Veränderungen nach kaum nennenswerthen Anfangssymptomen später durch deutliche klinische Krankheitszeichen äußern können.

Was die Krankengeschichten im Einzelnen betrifft, so ist zu bedauern, dass die Wirbelverletzungen nicht durchweg chirurgisch so beurtheilt sind, wie es dem gegenwärtigen Stande unserer diesbezüglichen Kenntnisse entspricht. Es kommt dies daher, dass nur neurologische Arbeiten Berücksichtigung gefunden haben, während

Verf. die größeren Arbeiten von Chirurgen (Thorburn, dessen Name stets falsch geschrieben wird, Kocher, Wagner und Roux) gar nicht gelesen hat. Auch ist der Diagnostik der Wirbelverletzung desshalb weniger Werth beigelegt, weil die Fälle, 2 ausgenommen, erst Monate nach dem Unfalle zur Beobachtung der Nervenärzte kamen.

Indem H. immer von Kontusion der Wirbelsäule spricht, wo typische Kompressionsfraktur (Fall I, II, VI) oder eine schwere Distorsion der Wirbelsäule (Fall IV u. A.) vorliegt, kommt er naturgemäß zu dem Schlusse, dass Rückenmarkserschütterungen sichtbare, selbständige Erkrankungen der Häute, der Leitungsbahnen, der nervösen zelligen Elemente, der Stützsubstanz, der Blut- und Lymphgefäße hervorrufen können.

Die Chirurgen werden wohl keinen seiner Fälle als »unkomplicirte Markverletzung«, als solche ansehen, welche ohne eine unmittelbare Wirbelsäulenverletzung auftraten. Sehen wir davon ab, so sind die klinischen und histologischen Mittheilungen als dankenswerthe Beiträge zu begrüßen. So hat H. 2mal Verdickungen und Verklebungen der Pia mit der Rückenmarksperipherie beobachtet, und zwar nicht nur am Orte der stärksten Markveränderung, sondern auch entfernt davon. Er hält diese Meningitis adhaesiva mit Schmaus (s. dessen neuestes Buch: Vorlesungen über die pathologische Anatomie des Rückenmarkes, 1901) für recht bedeutungsvoll. Die Verlegung des subpialen Lymphspaltes ist im Vereine mit den Veränderungen der intramedullären Lymphbahnen gewiss von großer Bedeutung für die Lebensfähigkeit der nervösen Elemente des Markes. H. spricht desshalb bezüglich isolirter Degenerationsherde von dreieckiger Gestalt, mit der Basis der Peripherie des Rückenmarkes aufsitzend, von »lymphogener traumatischer Degeneration«.

Andere unregelmäßige, nicht selten gegen die Rückenmarksperipherie von einer Zone normalen nervösen Gewebes begrenzte, fleckige Degenerationsherde bezeichnet er als »ischämische, traumatische Degeneration«, weil er dabei Gefäßerkrankungen fand.

Die durch einige Abbildungen unterstützte Beschreibung der histologischen Verhältnisse mehrerer Fälle muss im Originale eingesehen werden. **P. Stolper** (Breslau).

---

13) **H. Zuppinger.** Zur primären habituellen Dorsalskoliose.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 3.)

Z. tritt der Theorie entgegen, dass bei der primären habituellen Dorsalskoliose die Achsendrehung der Wirbel das Primäre, die Deformität des Brustkorbes das Sekundäre sei. Die Skoliose dürfe nicht als isolirte Wirbelsäulendeformität aufgefasst werden, man müsse vielmehr den Gesammtbrustkorb, d. h. Brustbein, Rippen und Wirbelsäule als Ganzes in Betracht ziehen. Es wirke nun bei der primären habituellen Skoliose eine Kraft auf die vordere rechte Brustwand in der Richtung gegen den Schwerpunkt des Oberkörpers und erzeuge

hierbei folgende Veränderungen: 1) Abflachung der rechten vorderen Brustwand. 2) Später und weniger intensiv die beiden Rippenbuckel und eine Abflachung der linken hinteren Brustwand. 3) Hebung des Brustbeins mit Behinderung der Vorwärtsbewegung seines unteren Endes. 4) Drehung des Rumpfes nach links. 5) Verschiebung des Brustbeins nach links, mehr am unteren Ende. 6) Verschiebung des 7. Wirbels und seiner Nachbarn nach rechts. 7) Drehung des Brustbeines nach rechts. 8) Drehung des Wirbels nach rechts, wobei der Wirbelbogen zurückbleibt und der Wirbelkanal seinen rechten diagonalen Durchmesser verkürzt. — Von No. 2 an erfolgen alle Veränderungen gleichzeitig. Drehung und Verschiebung des Brustbeins und der Wirbel seien durch die Rippenabflachung zu erklären. Die auf die rechte Brustseite einwirkende Kraft selbst tritt dadurch in Aktion, dass das Schulkind beim Schreiben mit der vorderen rechten Brustwand gegen den Tisch anlehnt und bei fortschreitender Ermüdung die Last des Oberkörpers mehr und mehr auf die Tischkante aufruhen lässt.

Honsell (Tübingen).

---

14) **C. Beck** (New York). Allgemeines über den Kropf und seine Behandlung.

(New Yorker med. Monatsschrift 1900. No. 10.)

Nach einigen Bemerkungen über die Ätiologie und das Vorkommen des Kropfes kommt Verf. auf die Differentialdiagnose der verschiedenen Formen des Kropfes zu sprechen, die in Bezug auf die Behandlung von größter Bedeutung sei. Eine wesentliche Unterstützung dabei war ihm die Skiagraphie, mittels deren er wiederholt Verkalkungen innerhalb des Kropfes nachweisen konnte. In diesen Fällen tritt die Exstirpation in ihr Recht. Diese Kalkbildung tritt aber besonders auch bei den cystischen Formen des Kropfes ein. Es ist daher auch bei Cystenkropf von Einspritzungen wenig zu erwarten. Für diese eignen sich vielmehr die follikulären und colloïden Kropfformen. Verf. wendet seit langer Zeit Injektionen von Jodoformäther an. Abgesehen von vorübergehender intensiver Schmerzhaftigkeit und in seltenen Fällen von Schwindel hat er keine üblen Symptome danach bemerkt. Der Jodoformäther soll eine intensive fibrinöse Ausscheidung anregen, das Parenchym soll dadurch schrumpfen und an seine Stelle Bindegewebe treten. Der Schmerz wird geringer, wenn man unmittelbar nach der Einspritzung auf die Injektionsstelle den Finger drückt, wodurch ein Heraussträufeln des Äthers und Reizung des sensiblen Hautnerven verhütet wird. Ist die Reaktion eine geringe, so wird die Injektion nach 3 Tagen erneuert, sonst in längeren Pausen. Zur Verhütung von Gefäßverletzungen soll man die Geschwulst während des ganzen Einspritzungsaktes fest fixiren. Es werden stets etwa 20 Tropfen einer saturirten Jodoform-Ätherlösung injicirt. Größte Asepsis ist selbstverständlich. Verf. pinselt die Injektionsstelle stets vorher mit Jodtinktur ein, wie überhaupt bei jeder aseptischen Injektion oder Punktion. Mit dieser lokalen

Behandlung verbindet er eine allgemeine Behandlung mit Jodnatrium oder Jodothyrin, letzteres aber nur so lange, als keine Vergiftungserscheinungen, frequenter Puls, Zittern, Cyanose o. dgl. auftritt.

Zur Exstirpation bedient sich B. meist der Schleich'schen Infiltrationsmethode. Zum Schlusse berichtet Verf. über einen Fall von Kropf, der mit Addison'scher Krankheit kombinirt war. Es wurde zunächst die rechte Nebenniere, welche sich als tuberkulös erwies, durch Lendenschnitt entfernt, nachdem die bedeutende Vergrößerung und höckrige Beschaffenheit dieses Organs durch eine Laparotomie festgestellt war. Nachher wurde eine erfolgreiche Injektionsbehandlung des die Luftröhre komprimirenden Kropfes vorgenommen.

Der interessanten Arbeit ist die Abbildung eines weiblichen Kretins mit Kropf und großer Balggeschwulst beigegeben.

Tschmarke (Magdeburg).

Kleinere Mittheilungen.

15) **O. Lanz.** Leontiasis mit generalisirtem Fibroma molluscum.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 580.)

L. berichtet über einen 55jährigen Kranken, der außer zahllosen Hautfibromen ein enormes, bis unter das Schlüsselbein hängendes, von der linken Stirn- und Scheitelgegend ausgehendes Fibroma molluscum trägt. Es handelt sich um eine riesige, hahnenkammartige Hauthyperplasie, die durch 4 photographische Aufnahmen des Pat. illustrirt ist. »Beim Aufheben der Schwellung sieht man auf deren Unterfläche die leere Augenhöhle. Der Bulbus kann nur schwer und sehr wenig sichtbar gemacht werden; er erscheint bei der Palpation von normaler Größe; der Nervus opticus ist im Stiele des Tumors als deutlicher Strang fühlbar.« Pat. ist durch Sturzgeburt zur Welt gekommen mit Aufschlagen der linken Kopfhälfte, und soll gleich nach der Geburt das linke Auge etwas größer und vorgetrieben gewesen sein. Die Schwellung begann im Alter von 9 Jahren am linken oberen Augenlide und hatte im 20. Jahre schon die Hälfte ihrer jetzigen Größe erreicht. Das linke Auge soll schon vor dem 9. Lebensjahre blind gewesen sein. Die übrigen multiplen Fibromknoten sollen erst innerhalb der letzten 8 Jahre entstanden sein. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

16) **Gubler** (Turbenthal). Über einen Fall von akuter, maligner Akromegalie.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1900. No. 24.)

Eine 30jährige Frau erkrankte zunächst unter influenzaartigen Erscheinungen, verlor ihre Menses; nach einem halben Jahre stellte man eine linksseitige Amblyopie fest, die sich bald besserte. Nach 1½ Jahren erkrankte das andere Auge in gleicher Weise; man vermuthete Hysterie, bis allmählich eine Facialis- und Trigeminuslähmung und schließlich eigentliche akromegalische Symptome, ferner Kopfschmerz und Opticusatrophie rechts das typische Bild der Akromegalie ergaben, 2½ Jahre nach der ersten Konsultation. Die Frau starb 3½ Jahre nach Beginn der Erkrankung, und man fand an der Hirnbasis statt der Hypophysis eine gänseeigroße, weiche Geschwulst, die Hanau zusammenfassend folgendermaßen beschreibt: »Bei oberflächlicher Betrachtung, besonders mit schwacher Vergrößerung, könnte man den Tumor für ein kleinzelliges Rundzellensarkom halten mit Rücksicht auf Größe, Form und diffuse Anordnung der Zellen. Die genauere Betrachtung, welche die Zellen meist als polygonal und als mosaikartig an einander gelagert ausweist,

rechtfertigt die Ansicht, sie für epithelial anzusehen, und zwar als Abkömmlinge der kleinen normalen Hypophysenepithelien. Desshalb ist der Tumor als eine diffuse, geschwulstige Hyperplasie des Hirnanhanges, als eine Struma parenchymatosa hypophyseos zu bezeichnen.«

Hanau ist der Meinung, dass in jenen 6 Fällen, in denen man Sarkom der Hypophyse diagnosticirte, auch diese Struma vorgelegen hat. Er sieht die Verwechslung mit rundzelligem Sarkom desshalb als naheliegend an, weil die Geschwulstzellen sehr klein und desshalb ihre Epithelialnatur sehr schwer feststellbar ist. Demgemäß halten beide Autoren die Akromegalie nicht für ein Analogon des Myxödems, sondern des Morbus Basedowii, nicht für den Symptomenkomplex eines Ausfalls der physiologischen Funktionen der Hypophysis, sondern einer gesteigerten Funktion des Hirnanhanges. **P. Stolper** (Breslau).

17) **E. Redtlob.** Zwei Fälle von Encephalocystocelen. Ein Beitrag zur Anatomie und Diagnostik der Hernien des Centralnervensystems.

Diss., Straßburg, 1901. Mit 6 Abbildungen.

Die recht sorgfältige Arbeit aus der Madelung'schen Klinik giebt eine genaue anatomische Beschreibung zweier Fälle von Hirnbruch unter besonderer Berücksichtigung der Diagnostik mittels Röntgenstrahlen. Im 1. Falle handelt es sich um eine kindskopfgroße Geschwulst in der Gegend der kleinen Fontanelle bei einem Kinde, dessen Schwester ebenfalls einen Defekt im Schädeldache hatte und vollständig blödsinnig war. Es handelt sich um eine Encephalocystocele im Sinne Muscatello's, also um Austritt eines peripherischen Gehirnabschnittes durch eine Knochenöffnung von beschränkter Ausdehnung mit einem Hohlraume im Innern, der sich als Fortsetzung eines der Hirnventrikel erweist. Die beträchtliche Menge Hirnsubstanz war offenbar entstanden durch Weiterwuchern der ausgetretenen Hirnmasse. Auch die Plexus chorioidei waren ausgetreten und stark hypertrophisch. Dahingegen zeigte die Dura bereits innerhalb der Schädelkapsel Defekte, an der Bruchpforte aber eine Lücke. Die fibrösen Fäden gehen unmittelbar nach ihrem Austritte aus der Schädelkapsel in das lockere, blutreiche Gewebe über, das als Piagewebe angesprochen werden muss.

Im 2. Falle saß eine gänseeigroße Geschwulst am Hinterhaupt; sie stellte eine Kombination eines Hirnbruches mit einem Rückenmarksbruche dar. Das Primäre der Missbildung war offenbar eine defekte Bildung der Schädelknochen und der Halswirbel. Bezüglich der Beschreibung der anatomischen Verhältnisse im Einzelnen und der röntgenphotographischen Abbildungen sei auf das Original verwiesen.

Verf. schränkt die enthusiastische Empfehlung der Röntgendiagnostik durch Beck für diese Fälle etwas ein. Da man es immer mit schreienden, unruhigen Kindern zu thun habe, sei die photographische Aufnahme an sich recht erschwert. Immerhin gelang es auch in seinen Fällen, Schlüsse auf den Inhalt der Hirnbrüche und auf die Skelettverhältnisse zu machen, welche Fingerzeige für die Therapie ergeben. Wenn die nervöse Schicht nicht zu dünn ist, lässt sich die Entscheidung treffen, ob man es mit einer einfachen Encephalocele oder mit einer Hydroencephalocele zu thun hat. Ist diese Schicht nicht sehr dick, dann lässt uns auch die Skiagraphie im Stiche. **P. Stolper** (Breslau).

18) **A. Zajączkowski.** Ein Fall von Angioma cavernosum des Stirnbeines.

(Przegląd chirurgiczny Bd. IV. Hft. 3.)

Eine 38jährige Pat. wurde vor 6 Jahren wegen einer harten, hühnereigroßen, mit dem Stirnbeine fest verwachsenen Geschwulst oberhalb des Orbitalrandes operirt. Die Geschwulst wurde damals vom Stirnbeine unter heftiger Blutung weggemeißelt. Nach Jahresfrist begann sie von Neuem zu wachsen, wozu sich in der letzten Zeit heftige Kopfschmerzen, Übelkeit und Schwindel gesellten. Bei der Aufnahme wurde folgender Zustand notirt: Unmittelbar über dem Augen-

brauenrande eine hühnereigroße, mit dem Knochen fest verwachsene Geschwulst. Die Haut darüber etwas verdünnt, bläulich durchschimmernd. Die Konsistenz der Geschwulst an der Peripherie knochenhart, im Centrum weich, mit deutlicher, mit dem Herzschlage synchronischer Pulsation. Diagnose: Angiosarkom. Bei der Operation (Krajewski) wurde die Haut in Lappenform abpräparirt und die Geschwulst mit dem Knochen in Scheibenform heraustrepanirt. Dabei wurde eine deutliche Impression des Stirnlappens durch die Geschwulst konstatirt, es musste auch ein Stück Dura in Folge Verwachsung mit der Geschwulst resecirt werden. Ein Ausläufer der letzteren nach dem Sinus frontalis wurde ebenfalls entfernt. Die ganze Wunde wurde mit dem Hautlappen bedeckt. Glatte Heilung. Mit der Zeit schwanden auch alle subjektiven Beschwerden (Kopfschmerzen, Schwindel, Appetitmangel), und nur eine gewisse geistige Depression blieb zurück. Die anatomische Untersuchung der exstirpirten Geschwulst ergab das Vorhandensein eines kavernösen Angioms.

Trzebicky (Krakau).

19) **van Walsem.** Ein neues Operationsverfahren zur Eröffnung der Schädelhöhle zu pathologisch-anatomischen und chirurgischen Zwecken.

(Virchow's Archiv Bd. CLXIII. p. 154.)

Das vom Verf. konstruirte »Kranioprion«, eine mit der Hand zu führende, mit verschiedenen Sicherungen (um die Dura nicht zu verletzen) versehene Blattsäge, dürfte sich wohl für chirurgische Zwecke nicht eignen, besonders da, auch nach des Verf. Ansicht, dies Instrument nur beim Ausschneiden sehr großer Knochenlappen (in erster Linie bei der Ausführung der Hemikraniotomie) Vortheile bietet. Außerdem ist die Säge nur an der Leiche erprobt.

Fertig (Göttingen).

20) **Büdinger.** Über den Verschluss von Defekten am Schädel durch Knochenheteroplastik.

(Demonstration in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien am 26. Oktober 1900.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 46.)

Demonstration des Schädeldaches eines Knaben, in welches B. 4 Jahre vor dem Tode des Pat. Scheiben aus dem Calcaneus einer alten Frau implantirt hatte, um Defekte nach tuberkulöser Pachymeningitis zu schließen. An den betreffenden beiden Stellen ist von der Innenseite des Schädels her kaum etwas Abnormes zu erkennen; erst bei genauem Zusehen verrathen zwei ganz flache Einsenkungen die Stelle der Operation. Sogar die Äste der Arteria meningea media haben sich ganz in der gewöhnlichen Weise ein Bett gegraben. An der Außenseite sind zwei flache, schüsselähnliche Gruben zu sehen, in deren vertiefter Mitte der Knochen etwa um die Hälfte verdünnt ist. Die peripheren Partien sind gleich dick wie der übrige Schädel, aber etwas höckerig. Ein dritter kleiner Defekt, der absichtlich nicht mit Knochenplatten gedeckt wurde, zeigte sich vor dem Tode anscheinend fast knöchern ausgefüllt, bei der Sektion erwies sich aber nach Maceration, dass er wohl um die Hälfte sich verkleinert hatte, dass aber der Rest des Verschlusses durch eine sehr derbe und straffe Gewebsmasse geschah.

B. tritt warm für die Verwendung derartiger heteroplastischer Knochenimplantation ein, die seiner Ansicht nach die Einheilung per primam nicht absolut fordert, da nach Barth die aus ihrer Kontinuität gelösten Knochen, die in der Art des demonstrirten Falles eingepflanzt werden, resorbirt und nur ihre organischen Bestandtheile zum Aufbau des neuen Knochens verwendet werden, also in demselben keinerlei Vitalität zu schützen ist. **Hübener** (Dresden).

21) **Babinsky.** Stase papillaire guérie par la trépanation crânienne.

(Indépendance méd. 1901. No. 8.)

Einen Monat nach einem Sturze vom Rade auf das Hinterhaupt traten bei der 29jährigen Pat. heftige, seit 18 Monaten immer mehr zunehmende Kopf-

schmerzen und tägliches Erbrechen auf. Die Untersuchung des Augenhintergrundes (vor einem Jahre) ergab beiderseits Neuritis optica und Retinalblutungen; seit $1/2$ Jahre nahm das Sehvermögen rasch ab, zur Zeit bestand beiderseits sehr ausgeprägte Neuritis optica oedematosa. 14 Tage nach der von Gosset vorgenommenen Kraniotomie mit Bildung eines breiten Knochenlappens war die Papillenstauung geschwunden, Kopfschmerzen und Erbrechen sofort nach der Operation.

Mohr (Bielefeld).

22) **Hassler.** Balle de revolver d'ordonnance logée dans l'apophyse mastoïde etc.

(Indépendance méd. 1901. No. 6.)

Revolverschuss aus 1 m Distanz. Das Geschoss drang unterhalb des linken Auges ein, durchbohrte den Oberkiefer, frakturirte den Condylus des linken Unterkiefers, so wie den Gehörgang und blieb im Warzenfortsatze stecken. Circa 12 Stunden lang komatöser Zustand, Seh- und Hörvermögen linkerseits fast ganz erloschen, rechterseits das Hörvermögen herabgesetzt. Letzteres so wie das Sehvermögen kehrten bald zur Norm zurück, der Unterkiefer heilte mit normaler Funktion innerhalb von 3 Wochen. Dagegen blieb das Gehör linkerseits dauernd vernichtet, Gehörgang verengt, Trommelfell intakt. Wegen andauernder Otorrhoe Entfernung des Geschosses, worauf Heilung eintrat. **Mohr** (Bielefeld).

23) **Moure** et **Lafarelle.** Trépanation de l'apophyse mastoïde, méningite aiguë un mois après l'intervention.

(Indépendance méd. 1901. No. 5.)

Der Überschrift ist hinzuzufügen, dass der Tod an allgemeiner Meningitis erfolgte. Die Sektion ergab, dass eine vereiterte, aberrirende Mastoïdzelle in direkter Verbindung mit dem Sinus lateralis stand. Dieser war jedoch intakt. Die Infektion hatte also wohl auf dem Lymphwege stattgefunden. Die betreffende anatomische Abnormität scheint sehr selten zu sein. **Mohr** (Bielefeld).

24) **M. Lannois** et **G. Lévy.** L'audi-mutité.

(Ann. des malad. d'oreille, du larynx etc. T. XXVII. No. 1.)

Ein interessanter Beitrag zur Kenntnis jener Form von Stummheit, die, trotz vollkommen intakten Hörvermögens, bei im Übrigen physisch und psychisch normalen Kindern zuweilen beobachtet wird (kongenitale Aphasie Kussmaul's). Die Pat. lernen häufig, aber nicht immer, spontan oder unter geeigneter Behandlung im späteren Kindesalter noch sprechen.

Die Autoren bereichern die Kasuistik um 9 neue Fälle.

Hinsberg (Breslau).

25) **Barth** (Winterthur). Ein Fall von Exophthalmus pulsans.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1900. No. 21.)

Nach Stich mit einem Heugabelzinken in die Augenhöhle — Einstich am inneren Augenwinkel — trat Protrusio bulbi bis 9 mm und ein lautes systolisches Zischen in der Umgebung des Auges im Laufe von etwa 6 Wochen ein. Die Unterbindung der Carotis communis hatte nur Besserung, keine volle Beseitigung dieser Symptome zur Folge. Experimentell stellte B. fest, dass man z. B. mit einer Stricknadel sehr leicht eine Stichverletzung der Carotis int. im Sinus cavernosus setzen kann; von der Größe des Instrumentes hängt es ab, ob der Nervus opticus mit verletzt wird oder nicht. **P. Stolper** (Breslau).

26) **A. Gabszewicz.** Ein Fall von spontanem Exophthalmus pulsans, geheilt durch Ligatur der A. carotis communis.

(Gaz. lekarska 1900. No. 1—9.)

Eine 30jährige, nie zuvor erheblich kranke Frau verspürte anlässlich eines Hustenanfalles ein heftiges Knacken im linken Auge, worauf sich Rauschen in

der linken Hälfte des Kopfes einstellte und der Augapfel immer stärker hervortrat. Die 5 Wochen später vorgenommene Untersuchung ergab folgenden Befund: Starke Prominenz des linken Auges, Ektropium des unteren Lides, die Hornhaut von der ödematösen Bindehaut fast ganz verdeckt, Ptose des oberen Lides. Das Auge, etwas härter als gewöhnlich, auf Druck empfindlich, pulsirt sicht- und fühlbar, seine Bewegungen, namentlich die Außenrotation, beschränkt. Die Auskultation der linken Schädelhälfte ergiebt namentlich in der Nähe der Orbita deutlich hörbare systolische Geräusche. Seit 8 Tagen volle Amaurose des linken Auges. Die Untersuchung des Augengrundes ergiebt kolossale Erweiterung der Venen. Seit 2 Tagen heftige Kopfschmerzen und Erbrechen.

Verf. diagnosticirte Ruptur eines Aneurysma, nur konnte die Stelle der Ruptur nicht genau festgestellt werden. Nach Unterbindung der Carotis communis unterhalb der Theilung hörten die subjektiven Symptome und die Geräusche augenblicklich auf, und der Augapfel sank langsam in seine normale Lage zurück. Die Amaurose bestand weiter.

An die Krankheitsgeschichte schließt Verf. eine Besprechung der Pathologie des Leidens unter Zugrundelegung aller in der Litteratur bekannten einschlägigen Fälle. **Trzebicky** (Krakau).

27) **V. David.** Über Fremdkörper in der Nase.

Inaug.-Diss., Paris, 1900.

Eine kleine Monographie, die außer einer Zusammenstellung der ziemlich spärlichen Litteratur über diesen Gegenstand 3 eigene Beobachtungen bringt. Die erste betrifft eine Frau, die sich im Juni 1899 durch Fall auf einen Holzhaufen eine Nasenwunde zugezogen hatte. Die Wunde war nach 14 Tagen geheilt. Bald darauf entwickelten sich nach einander Melancholie, Reizbarkeit, ununterbrochener Kopfschmerz, Appetitlosigkeit und starke Abmagerung mit Schlaflosigkeit und Albdrücken. Schließlich trat stinkender Ausfluss aus dem einen Nasenloche hinzu und führte zur richtigen Diagnose und damit zur leichten Extraktion eines nur 1 cm langen Holzsplitters von Nadeldicke. Nach wenigen Tagen waren sämmtliche Symptome verschwunden.

Die zweite Beobachtung enthält nichts von allgemeinem Interesse; dagegen verdient die dritte Erwähnung: Es handelte sich um einen 7jährigen Knaben, der unter Erscheinungen erkrankte, die den lebhaften Verdacht auf Kroup erweckten, Kopfschmerz, Halsschmerz, Heiserkeit, Husten, leichtes Fieber. Eine leichte Blutung aus dem einen Nasenloche am 2. Krankheitstage führte auf die Diagnose. Nach Entfernung einer Glaskugel aus demselben erfolgte fast unmittelbar Befreiung von sämmtlichen beängstigenden Symptomen. **W. Schultz** (Kiel).

28) **J. Szmurło.** Über die Behandlung der Ozaena mit Diphtherieserum.

(Medycyna 1900. No. 37 u. 38.)

Verf. hat in 5 Fällen von schwerer Ozaena Injektionen von Diphtherieserum versucht. Zu Anfang schien es, dass der Erfolg ein günstiger sei, da der Gestank fast vollständig aufhörte. Nach einiger Zeit kehrte er jedoch trotz weiterer Injektionen wieder, konnte überhaupt kein günstiger Einfluss der Therapie auf das Leiden konstatirt werden. **Trzebicky** (Krakau).

29) **Meinhard Schmidt.** Zur Kasuistik der Wirbelosteomyelitis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 566.)

Ein 13jähriges Mädchen, dem am 20. August 1900 ein osteomyelitischer Abscess des rechten inneren Knöchels incidirt worden, erkrankt die nächsten Tage an heftigen Nackenschmerzen, gefolgt erst von schwerer Lähmung des rechten Armes, dann leichterer Lähmung sämmtlicher übrigen Extremitäten, so wie Sphinkterenparese an Blase und Mastdarm. Starke Druckempfindlichkeit der unteren Halswirbel, keine deutliche Schwellung, noch weniger Fluktuation, keine Schmerz-

haftigkeit bei Druck auf den Kopf, keine Sensibilitätsstörung. Am 26. August führt eine in der Mittellinie auf die unteren Halswirbel geführte Incision auf ein erbsengroßes, median gelegenes Loch im Wirbelkanale, aus dem sich reichlicher Eiter entleert. Zunahme des Eiterflusses bei Druck auf die rechtsseitigen Nackenstreckmuskeln. Vom Knochen nichts entfernt. Hiernach schwanden unmittelbar die Lähmungserscheinungen mit Ausnahme derjenigen am rechten Arme. Die letzteren, besonders die Schultermuskeln und die Ellbogenflexoren betreffend (also der kombinirten Erb'schen Plexuslähmung entsprechend), schwanden aber ebenfalls, wenn auch ungleich langsamer, so dass gegen Weihnachten Pat. wieder ganz Herrin ihrer Motilität war. Gleichzeitig war auch die Incision langsam, aber ohne Sequesterbildungen, ausgeheilt, mit normaler Wirbelsäulenform ohne Gibbus- und Osteophytenbildung. Übrigens wurde der Verlauf noch durch eine Anfang September beginnende osteomyelitische linksseitige Coxitis komplicirt.

Aus der epikritischen Durchsprechung des Falles sei angeführt, dass anscheinend die rechtsseitige Armlähmung als peripher anzusehen ist, beruhend auf einer Affektion des 5. und 6. Cervicalnerven, während die übrigen Lähmungen durch Markkompression seitens des Abscesses zu erklären sein werden. Wahrscheinlich hat der Eiter durch das 4. und 5. Intervertebralloch seinen Weg genommen und auf diesem Wege die Cervicalnerven krankhaft afficirt.

Aus der Hahn'schen Statistik der Wirbelosteomyelitis werden kurz 15 Fälle wiedergegeben, in denen Komplikationen an den nervösen Centralorganen notirt sind. Dieselben zeigen indess wenig Gemeinsames. Schließlich theilt S. noch einen Dr. Wiesinger gehörigen Fall mit, in dem bei einem 21jährigen Pat. eine allerdings mehr subakute Halswirbelentzündung verbunden mit Beinparaparese durch Incision, Laminektomie am 3. Halswirbel, gefolgt von nachträglicher Eiterentleerung aus dem Wirbelkanale, zur Heilung gebracht ist. (Selbstbericht.)

30) **Hartmann** (Graz). Über chronische ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule.

(Jahrbücher für Psychiatrie u. Neurologie 1900.)

62jähriger Mann erkrankte vor 7 Jahren nach Durchnässungen bei der Berufsarbeit mit Schmerzen in den Hüft- und Lendengelenken, dann in der Hals- und Schultergegend, wozu sich Parästhesien an den Extremitäten und gürtelförmig am Brustkorbe gesellten. Weiterhin traten spastische Symptome und zunehmende motorische Schwäche an den unteren, später auch an den oberen Extremitäten auf. Eine langsam sich entwickelnde Kyphose im Brusttheile ging der vollkommenen Ankylose der Wirbelsäule vorauf. Die hinteren Nacken- und Rückenmuskeln wurden deutlich atrophisch, zeigten herabgesetzte elektrische Erregbarkeit, keine Entartungsreaktion, derbe Rigidität. Fibrilläre Muskelzuckungen, etwas erhöhte mechanische Muskelerregbarkeit, an den oberen Extremitäten gesteigerte, an den unteren abgeschwächte Sehnenreflexe, diskrete Hyperästhesien im Gebiete der vorderen Bauchwand und des Rückens für Schmerz- und Temperaturempfindung, Bewegungsstörungen in den Schulter- und Sprunggelenken vervollständigen das klinische Bild.

Ätiologisch misst Verf. neben den rheumatischen Einflüssen auch dem Trauma, mehrfachem Hinfallen auf den Rücken, eine gewisse Bedeutung bei; er sieht darin zum mindesten ein auslösendes, wenn nicht ein parallel gehendes Moment. Bezüglich der Muskelatrophien glaubt H., dass sie nicht lediglich trophischer Natur seien, auf mechanischer Läsion der motorischen Nervenwurzeln beruhend, dass auch entzündliche Affektionen der Muskulatur neben jenen und neben arthrogenen Einflüssen eine Rolle spielen. **P. Stolper** (Breslau).

31) **A. Starr.** Report of two cases of spinal tumor with operation and removal.

(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 3.)

S. hat 145 Fälle von Rückenmarksgeschwülsten gesammelt, bei 22 wurde operirt. Bericht über 2 eigene Fälle:



1) Frau, 35 Jahre, bisher gesund. Hyperästhesie der Herzgegend, des 1. bis 8. Rückenwirbels und entsprechender Interkostalnerven; linker Kniereflex gesteigert, Anästhesie der Beine und motorische Lähmung neben vasomotorischen Störungen. — Laminektomie. Pia ödematös, keine Pulsation, Mark stark verschmälert. Entfernung eines $1^1/_8$ Zoll langen Fibroms. Tod nach 4 Wochen in Folge großen Decubitus. Die Anästhesie hatte etwas nachgelassen. Autopsie ergab Markerweichung am Abgange des 2.—5. Dorsalnerven.

2) 46jährige Frau erkrankte nach Fehlgeburt an Schmerzen von der linken Hüfte bis zum Knie; später Schmerzanfälle und Peroneuslähmung, eben so Urinretention. Anästhesie am linken Ober- und Unterschenkel, eben so kleiner Bezirk rechts. Druckschmerzhaftigkeit über dem 3. und 4. Lendenwirbel. Entfernung der Bögen des 2.—4. Lendenwirbels, die von der Geschwulst — einem Endotheliom — erodirt waren. Die Wunde heilte. Bisher kein Rückfall, bedeutende Besserung bis auf Peroneusatrophie.

McCosh, Bailey und Sachs berichteten kurz über Fälle und Erfahrungen. Als wichtigsten Punkt betonten Alle die Lokalisation und stimmten überein, dass meist zu tief operirt würde. McCosh hält die Laminektomie für keinen besonders schweren Eingriff. **Trapp** (Bückeburg).

32) **J. Pfannenstiel.** Zur Diskussion über die Paraffineinspritzungen bei Incontinentia urinae nach Gersuny.

(Centralblatt für Gynäkologie 1901. No. 2.)

Verf. machte bei einer Pat., der er wegen Carcinoms die Harnröhre exstirpirt hatte, zur Beseitigung der Inkontinenz nach dem Vorschlage Gersuny's eine Einspritzung von ca. 30 g Paraffin. Unmittelbar nach der Injektion traten deutliche, gefahrdrohende Erscheinungen von Lungenembolie (und vielleicht auch von Hirnembolie) auf. Auch Kontinenz wurde nicht erzielt. Verf. weist auf den großen Venenreichthum der Gegend des Blasenhalses hin und warnt nachdrücklich vor weiteren Versuchen. **Brunner** (Zürich).

33) **R. Bernhardt.** 14 Jahre nach der Inokulation der Tuberkulose anlässlich der rituellen Beschneidung.

(Gaz. lekarska 1900. No. 32.)

Der Fall verdient schon aus dem Grunde ein besonderes Interesse, als die tuberkulöse Infektion durch den Mund des Beschneiders bereits 3 Wochen nach der Operation durch Dr. Elsenberg konstatirt wurde, und der Pat. volle 14 Jahre in dessen Beobachtung stand. Erbliche Belastung des Pat. konnte nicht nachgewiesen werden. Von dem Augenblicke des ersten Manifestwerdens des Leidens an war Pat., geringe Unterbrechungen abgerechnet, fast stets in Behandlung. Seit dem 4. Lebensjahre entwickelten sich tuberkulöse Symptome der Submaxillar- und Nackengegend mit ihrem gewöhnlichen Verlaufe. Von diesen Symptomen und der chronischen Eiterung der Leistendrüsen abgesehen, konnte aber während der ganzen Beobachtungsdauer kein weiteres Symptom der Generalisirung des Leidens nachgewiesen werden. Im Gegentheil, der 14jährige Knabe sah blühend und über sein Alter entwickelt aus. Der lokale Befund am Penis war folgender: die rechte Hälfte des Präputialrestes stark infiltrirt und in dem Infiltrate zahlreiche hanfkorngroße harte Knötchen fühlbar. An der Eichel zahlreiche bis linsengroße, harte, dunkelrothe Knötchen, z. Th. an der Spitze exulcerirt. Diese Geschwüre zeigen alle Symptome einer tuberkulösen Exulceration. Das Frenulum und die anstoßende Partie der Glans knorpelhart, ebenfalls von zahlreichen kleinen Knötchen besät. Das Orificium urethrae in Folge zahlreicher Knötchen und Geschwüre verengt. Die mikroskopische und bakteriologische Untersuchung der Knötchen bestätigte nach jeder Richtung hin die Diagnose der Tuberkulose.

Trzebicky (Krakau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Vrelag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 20. Sonnabend, den 18. Mai. 1901.

(Aus der k. k. chirurgischen Klinik des Herrn Hofrathes Prof. Dr. C. Nicoladoni in Graz.)

Zur Verwendung des Magnesiums für resorbirbare Darmknöpfe und andere chirurgisch-technische Zwecke.

Von

Dr. Erwin Payr,

Privatdocent für Chirurgie und Assistent obiger Klinik.

Ich habe in meinem Vortrage am vorjährigen Chirurgenkongresse über Verwendung eines resorbirbaren Metalles zur Blutgefäß- und Nervennaht[1] auch erwähnt, dass experimentelle Untersuchungen erweisen werden, ob sich das Magnesium in der Chirurgie des

[1] Beiträge zur Technik der Blutgefäß- und Nervennaht nebst Mittheilungen über die Verwendung eines resorbirbaren Metalles in der Chirurgie. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1900. 2. Theil, p. 593.

Magen-Darmkanals sich werde verwenden lassen. Ich hatte damals einige Versuche über die Resorption dieses Metalles im Magen-Darmkanale angestellt, doch waren dieselben noch zu keinem Abschlusse gekommen, da es für einen Bearbeiter unmöglich ist, auf einem so ausbildungsfähigen Gebiete alle in Frage kommenden Untersuchungen selbst anzustellen. In der sich an meinen Vortrag anschließenden Diskussion bemerkte Herr Chlumský[2], dass er von einem Chemiker in Breslau auf das Magnesium als ein für die Herstellung von resorbirbaren Darmknöpfen geeignetes Material aufmerksam gemacht wurde; er fand aber, dass sich dabei an den Metallstückchen scharfe Kanten, event. scharfe Splitter bilden, und meinte das Magnesium vorläufig zu diesem Zwecke noch nicht empfehlen zu können. Um so mehr freut es mich, dass Herr Chlumský[3] nunmehr seine Anschauungen über die Verwendbarkeit des Magnesiums für den Magen-Darmkanal geändert hat und jetzt durch Verwendung vollkommen reinen Magnesiummetalles, das völlig gleichmäßig resorbirt wird, Darmknöpfe konstruiren konnte, die seiner Anschauung nach völlig zweckentsprechend sind, und auch bereits Gelegenheit hatte, in einem Falle von Pyloruscarcinom mit einem solchen Magnesiumknopfe die Gastroenterostomie auszuführen[4].

Aber schon früher hatte mir Herr Chlumský[5] die Ehre erwiesen, das Magnesium für die Wiederherstellung der Beweglichkeit von Gelenken bei Ankylose experimentell zu versuchen, und berichtet über die Resorption desselben in ganz analoger Weise, wie ich in meinem Vortrage; ich hatte schon damals Magnesiumblechplatten als dazu geeignet erkannt, bei Gelenkplastiken die Wiedervereinigung der Gelenkflächen zu verhüten, und habe ich seither auch Gelegenheit gehabt, dies in einem Falle am Lebenden mit günstigem Erfolge zu erproben.

Ich bemerke im Anschlusse hieran, dass ich seit meiner ersten Publikation eine Reihe der damals gemachten Vorschläge praktisch erprobt habe; dass das Magnesiummetall die von mir gehegten Erwartungen vollauf erfüllt hat; dass in keinem Falle sich nachtheilige Folgen von der Verwendung dieses Metalles am

---

[2] Chlumský, Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1900. p. 210 u. 211. Diskussion zu obigem Vortrage.

[3] Chlumský, Ein resorbirbarer Darmknopf aus Magnesium. Centralblatt für Chirurgie 1901. No. 15. 13. April.

[4] Auf einen Umstand hat Herr Chlumský aufmerksam gemacht, der mir bei Verwendung resorbirbaren Metalles nicht unwesentlich zu sein scheint.

Bei einem solchen Knopfe bezweckt man nur die Verwachsung der Wundränder, nicht aber ihre Durchquetschung, und kann man daher bei denselben die Spiralfeder, wie sie ursprünglich dem Murphyknopfe zugehört, weglassen. Alles, was Feder ist, lässt sich aus Metallen, wie Magnesium, Aluminium etc., schwer herstellen. Dies habe ich vor einigen Jahren bei aus Aluminium hergestellten Murphyknöpfen gesehen. Sie lässt sich durch einen Gummiring ersetzen.

[5] Chlumský, Über die Wiederherstellung der Beweglichkeit des Gelenkes bei Ankylose. Centralblatt für Chirurgie 1900. No. 37. p. 921.

menschlichen Organismus gezeigt haben; und werde ich in einiger Zeit die weiteren im Thierexperimente und bei Operationen am Menschen gewonnenen Erfahrungen mittheilen. Ziemlich groß ist bereits die Zahl der mit feinsten Magnesiumhohlcylindern ausgeführten primären und sekundären Nervennähte. Für die Verwendung zur Gefäßnaht ergiebt sich begreiflicherweise nicht allzuhäufig Gelegenheit.

Insbesondere mache ich auf die Eignung dieses Materials zur Behandlung von Verletzungen parenchymatöser Organe aufmerksam, wo durch Verwendung von mit Katgut armirten Platten eine sehr exakte Blutstillung zu erzielen ist.

Sehr geeignet ist es ferner zur Herstellung von Stützapparaten bei Behandlung von irreponiblen Frakturen und Pseudarthrosen, wo es den von Rehn[6] empfohlenen Knochenstift für die Markhöhle in vortheilhafter Weise zu ersetzen im Stande ist; der Katgutfaden, der nach Rehn's Vorschlag durch den quer durch Knochen und Stift gebohrten Kanal gelegt werden soll, kann zweckmäßigerweise durch einen Magnesiumstift ersetzt werden.

Es ergaben sich außerdem zahlreiche weitere Verwendungsarten für dieses Material.

Ich habe mir erlaubt, an dieser Stelle einige Worte über den Stand der Magnesiumverwendung in der chirurgischen Technik zu sagen, da ich an der Entwicklung dieser Frage auch einen Antheil zu haben glaube.

Graz, im April 1901.

---

1) **A. Fränkel** (Wien). Über Jodoformwirkung und Jodoformersatz.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 47.)

Die Feststellung der specifischen Wirkung des Jodoforms auf die Gewebe wurde bisher zumeist aus der vergleichenden Untersuchung der histologischen Bilder jodoformirter und nicht jodoformirter Wunden und Organe abgeleitet. F. schlug den Weg einer vergleichenden Untersuchung von histologischen Befunden ein, wie sie einerseits durch das Jodoform, andererseits durch Anwendung chemisch indifferenter, pulverförmiger Substanzen (Lindenkohlepulver, Knochenkohle, Semen Lycopodii) sich darbieten. Es wurde Meerschweinchen in der Lendengegend ein etwa haselnussgroßer Muskeldefekt beigebracht, in diesen Jodoform, resp. die verschiedenen Pulver, steril und nicht steril, eingestreut und die Wunde darüber verschlossen.

Die histologische Beobachtung lässt die Gewebsvorgänge im Allgemeinen als Wundheilungsvorgänge unter Mitwirkung von Fremdkörperreizungen bezeichnen. Die Jodoformbilder zeigen eine

---

[6] Rehn, siehe Rothschild, Über die operative Behandlung irreponibler Frakturen. Beiträge zur klinischen Chirurgie Bd. XXIX. p. 245.

fast völlige Analogie mit jenen, die durch nicht sterilisirte Pulver erzielt wurden, nämlich bei gleichzeitiger reichlicher Bindegewebsneubildung das Auftreten fibrinös-eitriger Exsudate, so wie körnigen Zerfall an den Kernen der Leukocyten.

Im Gegensatze dazu erfolgen die Heilungsvorgänge bei Gegenwart steriler indifferenter Pulver unter sehr geringer Exsudation zelliger Elemente. Das fibrinöse Exsudat ist unvergleichlich spärlicher. Es waltet hier eine Proliferation der praeexistirenden Gewebszellen vor, demnach auch in relativ frühen Stadien eine blande Narbenbildung. Nach diesen Ergebnissen entfällt nach F. von selbst die Annahme einer specifischen Beeinflussung der Gewebe durch das Jodoform. Es kann ihm lediglich die allen anderen nicht aseptischen Pulvern zukommende Wirkung der exsudativen und fibroplastischen Gewebsreizung durch Fremdkörpereinheilung (Riesenzellen) zugesprochen werden. Die Annahme, dass die durch das Jodoform hervorgerufenen Gewebsveränderungen durch Zersetzung desselben auftreten, ist nach F. durchaus nicht zwingend; diese Erscheinungen sollen auf den Einfluss der mit dem Jodoform und den nicht sterilisirten Pulvern gleichzeitig eingebrachten Bakterien zurückzuführen sein.

Durch Übertragung dieser experimentell und histologisch gewonnenen Erfahrungen auf die chirurgische Praxis lag es nahe, in Fällen von Tuberkulose an Stelle des Jodoforms eins der indifferenten vorher sterilisirten Pulver in Anwendung zu ziehen. Nach den Erfahrungen über Anthrakosis pulmonum und das außerordentlich seltene gleichzeitige Vorhandensein von Tuberkulose (Aufrecht) wählte F. eine 10%ige Glycerinemulsion vom Carbo ossium purissimus pulverisatus so wie als Ersatz der Jodoformgaze eine eben so zubereitete Knochenkohlegaze und verwendete beide Substanzen in einer Reihe von 21 Fällen, über die er genauere Daten giebt.

In keinem der Fälle, deren Mehrzahl nach der Billroth'schen Methode operirt wurden, habe er den Ersatz des Jodoforms durch Knochenkohle irgend wie zu bereuen gehabt. Unangenehm ist die schwarz-bläuliche Pigmentirung der Narben, die namentlich beim Gebrauche der Kohlegaze eintritt und bei Affektionen des Gesichts besondere Vorsicht erheischt. **Hübener** (Dresden).

---

2) **P. Seliger.** Über den Chok, namentlich nach Kontusionen des Bauches.

(Prager med. Wochenschrift 1900. No. 29—52.)

Mit der vorliegenden sehr eingehenden Studie bezweckt S. im Wesentlichen, das Gebiet des traumatischen Choks noch mehr einzuengen, als dies schon von mehrfacher Seite geschehen ist. Es ist besonders die peritoneale Sepsis, die vielfach übersehen und als Chok gedeutet worden ist. Nach einer eingehenden kritischen Würdigung der Arbeiten von Gröningen, Wernich, Sommerbrodt, Mantzel,

Wegener u. A. bespricht S. die Symptomatologie des Choks, verweist auf seine Analogie und Unterschiede mit der Commotio cerebri und betont die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Chok, innerer Verblutung und peritonealer Sepsis. Schon O. Küstner (ref. im Centralblatte 1900, p. 1341) wies darauf hin, dass bei der »bakteriologischen« Sektion häufiger Sepsis gefunden werden würde, als bisher. Für das Zustandekommen der letzteren verweist S. auf die neueren Arbeiten über Darmkontusionen, die den Durchtritt von Bakterien durch die Darmwand ermöglichen. Dabei kann es schnell zum Tode durch septische Peritonitis kommen, ohne dass sich bei der Sektion anatomische Veränderungen finden, weil eine tödlich wirkende Resorption von Bakterien und Toxinen stattfand, ehe es zu nachweisbaren Veränderungen des Bauchfelles kam. — In solchen Fällen kann man den Chok als konkurrirende Todesursache auffassen. Von reinem Choktod darf nach S. nur dann gesprochen werden, wenn derselbe innerhalb der ersten 2 Stunden nach dem Trauma eintritt; in allen anderen Fällen ist außerdem auch Sepsis anzunehmen.

Die nach Magenkontusionen häufig beschriebenen Fälle von Chok sind nach F. meist auf Kontusionen des Quercolon zurückzuführen, nach denen es zu peritonealer Sepsis kam; wirkliche, anatomisch nachweisbare Magenverletzungen seien äußerst selten gefunden.

Zum Schlusse bespricht S. dann noch die chokähnlich verlaufenden Fälle von sog. Mors thymica, Ileus und Koprostase bei Herzkranken. — S.'s Arbeit enthält viele beachtenswerthe Gedanken, erschwert aber durch Mangel an Disposition und Zusammenfassung der Resultate das Studium derselben sehr erheblich.

Jaffé (Hamburg).

---

3) **G. Killian.** Zur Geschichte der Ösophago- und Gastroskopie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 499.)

K. führt den Nachweis, dass der Erste, welcher Speiseröhre und Magen mittels ungebogener Röhren besichtigt hat, Kussmaul gewesen ist. Er hat dies theils durch Mittheilungen eines früheren Schülers Kussmaul's, Herrn Medicinalrath Müller aus Kenzingen, theils durch briefliche Erkundigungen bei Kussmaul selbst festgestellt. Nachdem dieser unter Benutzung des Désormaux'schen Beleuchtungsapparates mittels kürzerer Röhren bereits die Beaugenscheinigung der oberen Speiseröhrentheile in Anwendung gebracht hatte, wurde er durch die Schaustellungen eines in Freiburg sich producirenden »Schwertfressers« dazu angeregt, die Einführung auch längerer Instrumente in die Speiseröhre zu versuchen, was ganz gut gelang. Eine Notiz aus dem Jahre 1871 in einem französischen Journale erwähnt diese Versuche, über die Kussmaul selbst nichts veröffentlicht hat. Im Mai 1880 erschien J. Leiter aus Wien in Freiburg, um Kussmaul seine endoskopischen Instrumente vorzulegen,

unter denen sich auch das von ihm mit Nitze zusammen konstruirte Speiseröhren- Magen-Endoskop befand. Dasselbe bestand aus einem biegsamen Schlundrohre mit rechtwinklig angesetztem starren Rohre, an dem die komplicirten Mechanismen angebracht waren. Kussmaul glaubt damals Leiter von seinen Untersuchungen mittels gerader Röhren in Kenntnis gesetzt zu haben. Letzterer konstruirte dann bekanntlich mit v. Mikulicz zusammen sein ebenfalls eine gerade Kanüle benutzendes Gastroskop, hat aber nicht mitgetheilt, dass er die Brauchbarkeit gerader Instrumente von Kussmaul gelernt hat. In einem Zusatze zu K.'s Arbeit theilt Prof. E. Rose mit, dass Kussmaul jenen Schwertschlucker mit seinen Röhren damals auch nach der Züricher Klinik gesandt habe. Derselbe ließ dort die Gastroskopie an sich demonstriren.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

4) **J. Elter.** Zur retrograden Sondirung des Ösophagus bei Ätzstrikturen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 3.)

E. erörtert die verschiedenen Methoden der retrograden Bougirung von Ösophagusstrikturen und berichtet anschließend über einen Fall der Garrè'schen Klinik (8jähriges Mädchen), bei welchem eine durch Natronlauge entstandene, von oben her impermeable Ätzstriktur nach Gastrostomie mittels retrograder Sondirung ohne Ende nach v. Hacker und Anwendung des v. Eiselsberg'schen konischen Drains erfolgreich erweitert worden war. An einem zweiten mitgetheilten Falle wird gezeigt, dass unter Umständen vor der Gastrostomie undurchgängige Strikturen nach derselben plötzlich durchgängig werden können. Wo Dehnung der Striktur vom Munde aus gelingt, ist, wie Verf. wohl mit Recht betont, die retrograde Bougirung das schonendste Verfahren. Nur wo beide Methoden nicht zum Ziele führen, ist die Ösophagotomia externa angezeigt. Die Ösophagotomia interna sollte womöglich ganz vermieden werden.

Honsell (Tübingen).

---

5) **P. Guidone.** Ferite addominali e moderno trattamento. (Studio clinico-sperimentale con 3 incisioni intercalate nel testo.)

Neapel, **Salvati,** 1900. 133 S.

Nach einer allgemeinen Einleitung geht G. auf das chirurgische Vorgehen bei penetrirenden Stichverletzungen des Bauches ein und bespricht sodann des eingehenderen die Wunden von Zwerchfell und Leber. Bezüglich der Operationstechnik räth G., die Peritonealwunde an der Einstichstelle des verletzenden Instrumentes zu erweitern, um vor Allem von dort aus die Eingeweide zu durchmustern. Fernerhin stellte er fest, dass die penetrirenden Wunden der Regio mesogastrica mit Vorfall des Netzes gewöhnlich nicht mit einer Verletzung der

Eingeweide komplicirt seien. Die Zwerchfellwunden können transpleural (Postempsky) angegriffen werden; für solche der Leberkonvexität hingegen schlägt G. ein eigenes an der Leiche erprobtes Verfahren vor. Er bildet einen Weichtheil-Knorpellappen durch einen Schnitt, der einwärts der Mammillarlinie vom 7. Rippenknorpel vertikal nach abwärts bis zum Rippenbogen verläuft, dann rechtwinklig umbiegt und im 10. Interkostalraume in der mittleren Axillarlinie endet. Weder Rippen- noch Zwerchfell würden so verletzt, die Konvexität und Konkavität der Leber hingegen, so wie Lig. hepatoduodenale, Gallenblase etc. gut zugänglich gemacht. Bei der medianen Laparotomie resecirt G., um sich Platz zu schaffen, mitunter noch den Schwertfortsatz. Den Schluss der Arbeit bilden 29 zum Theil recht interessante Operationsberichte (9 Darmverletzungen, 4 Magen- und mehrere Leber- und Milzverletzungen). Trotzdem vielfach Darminhalt in den Peritonealraum gelangte, verzeichnet G. nur 5 Todesfälle, die meist komplicirte Verletzungen betrafen. (Ein reiches Litteraturverzeichnis ist beigefügt.) **A. Most** (Breslau).

---

6) **A. Krogius.** Über die vom Processus vermiformis ausgehende diffuse eitrige Peritonitis und ihre chirurgische Behandlung.

Jena, **G. Fischer,** 1901. 240 S.

Vor Kurzem erschien in neuer Auflage die Sonnenburg'sche Monographie über die Perityphlitis, die in umfassender Weise das Gebiet dieser Erkrankung behandelt. Mit der gefährlichsten Komplikation der Appendicitis — der diffusen Peritonitis — beschäftigt sich vorliegende Arbeit; während aber Sonnenburg diese letztere Frage nach seinen rein subjektiven Anschauungen und Erfahrungen behandelt, hat sich K. der dankenswerthen Aufgabe unterzogen, die Gesammtlitteratur bei der Bearbeitung dieses Kapitels zu verwerthen, ja wo möglich jeden auf diesem Gebiete erfahreneren Autor in ausführlicher Weise zu citiren, so dass wir einen sehr guten, ausführlichen Überblick über den Stand der Frage erhalten.

K. knüpft seine Darstellung an 50 selbst beobachtete und behandelte Fälle, bei denen er, was die Resultate betrifft, bei Weitem günstigere Erfolge zu verzeichnen hat, als es bisher der Fall war. In der Litteratur fand er 680 Fälle von Perforationsperitonitis in Folge von Perityphlitis, von diesen wurden 194 = 28,5% durch operative Eingriffe geheilt. In den letzten $3^1/_2$ Jahren operirte K. 30 Pat. und erzielte 9 = 30% Heilungen, wobei 13 Fälle auf die Privatpraxis fielen (denen also früher ärztliche Hilfe zu Theil wurde); von letzteren 13 Fällen wurden 6 = 46% gerettet.

In der operativen Behandlung nimmt er keinen einseitigen Standpunkt ein, er erkennt die Vortheile der einzelnen Operationsmethoden an. Er selbst wählt meist zwei Laparotomieschnitte am rechten und

linken lateralen Rectusrand. Im Hinblick auf die Schwierigkeit, das Exsudat aus dem kleinen Becken durch die Bauchwunde herauszubefördern, hält er es für empfehlenswerth, bei Frauen stets eine Gegenöffnung durch das hintere Scheidengewölbe anzulegen; bei Männern hat er in zwei Fällen den Mastdarm primär perforirt, bevorzugt aber neuerdings eine parasacrale Gegenöffnung, event. eine solche in der Lendengegend. Auf Ausspülungen des Bauchfells hat er stets verzichtet, weil er nicht glaubt, durch dieselben etwas ausrichten zu können. Für die Drainage erscheint ihm der Mikulicz-Tampon zweckmäßiger als Drainröhren. 50 sehr gut geführte und durch zahlreiche Temperaturkurven illustrirte Krankengeschichten lassen die Einzelheiten seiner Behandlung erkennen; bemerkenswerth ist, worauf K. auch im Text besonders aufmerksam macht, dass bei drohenden resp. ausgebrochenen Peritonitiden die Mastdarmtemperatur nicht mehr das gewöhnliche Verhältnis zur Achselhöhlentemperatur zeigt; er hat unter seinen Fällen derartige, bei denen die Temperatur in der Achselhöhle annähernd normal war, während sie im Mastdarme sich auf 40° belief.

Die Arbeit behandelt nicht nur die Peritonitis bei Perityphlitis, sondern enthält eigentlich die Grundprincipien der Behandlung jeder Perforationsperitonitis. **H. Wagner** (Breslau).

---

7) **Lanz** (Bern). Die Indikationen zur operativen Behandlung der Perityphlitis.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Arzte 1901. No. 1.)

Mit 24 aus den Jahren 1899 und 1900 stammenden guten Krankengeschichten und eben so vielen außerordentlich instruktiven bunten Abbildungen exstirpirter Wurmfortsätze begründet L. seinen radikalen Standpunkt bezüglich der chirurgischen Behandlung der Appendicitis. Er fasst seine Erfahrungen, wie folgt, zusammen: Die rationelle Therapie der Appendicitis wäre unbedingt die sofortige Entfernung des Wurmfortsatzes in den ersten Stadien der Erkrankung, am 1. Tage des ersten Anfalls. Dies wird im Allgemeinen ein frommer Wunsch bleiben. Jedenfalls aber ist jedem Perityphlitispat. der Rath zu geben, seinen Wurmfortsatz im kalten Stadium entfernen zu lassen. Kann er sich dazu nicht entschließen, so soll er sich bei einem nächsten Anfalle auf den nächsten Zug setzen, um das Versäumte in den ersten Stunden der Erkrankung nachzuholen. Wird der Arzt, wie gewöhnlich, erst am 2., 3. Tage der Erkrankung konsultirt, so sollte er stets eine Temperatur- und Pulstabelle anlegen zum Zwecke genaueren Überblicks des Verlaufes; ist er selbst oder sind die Angehörigen dazu nicht in der Lage, so gehört Pat. ins Spital, falls der Transport gewagt werden darf. In den nun folgenden Tagen, bis zur Lokalisation des Processes, ist ein operativer Eingriff im Allgemeinen durchaus abzulehnen; in diesem intermediären Stadium ist die Defensive weniger verantwortungsvoll als die Offensive.

Eben so bleibt im dritten Stadium der Etablirung eines Exsudats die Therapie im Allgemeinen eine symptomatische: Man überlässt das Exsudat der Resorption und operirt nachher à froid.

Nimmt aber das Exsudat im weiteren Verlaufe zu, geht das Fieber nicht zurück, kommt es zu Frösten, sieht Pat. verfallen aus, oder tritt gar ein neues Aufflackern des Processes ein, so muss der Abscess eröffnet werden. Zu einer Radikaloperation kommt es dabei nur ausnahmsweise, jedenfalls darf der Wurmfortsatz nicht in entzündetem, unsicherem Terrain gesucht werden. Auch zu einer Radikaloperation wenige Tage nach der Nothoperation, wie dies Kocher vorgeschlagen hat, soll man sich nicht entschließen, weil ein solches Vorgehen nicht ungefährlich erscheint. Auch soll man den Wurmfortsatz nicht wegnehmen, so lange noch von einer Abscessincision her die geringste Unsicherheit der Asepsis durch die geringste noch granulirende Stelle gegeben ist.

Die glücklicherweise nicht sehr häufigen zu rascher Septhämie führenden Fälle bei akuter Gangrän des Wurmfortsatzes werden nach wie vor verloren sein, es werde denn der Fortsatz im Initialstadium entfernt. Bei beginnender allgemeiner Peritonitis verspricht sich L. von einem chirurgischen Eingriffe wenig Erfolg, aber noch weniger von der exspektativen Behandlung. **P. Stolper** (Breslau).

---

8) **Dieulafoy.** Vomito negro appendiculaire; gastrite ulcéreuse hémorrhagique appendiculaire.

(Bull. de l'acad. de. méd. de Paris 65. Ann. 3. Ser. No. 6—8.)

Diese Mittheilungen sind eine wesentliche Vervollständigung der in No. 12 p. 334 d. Centralbl. referirten besonders dadurch, dass von D. gelegentlich eines Falles von Vomito negro nach eingeklemmtem Bruche die Veränderungen am Magen durch Sektion festgestellt werden konnten. Es war dies eine kleine hämorrhagische (infektiöse?) Nekrose von etwa Linsengröße, in deren Grund es zur Korrosion einer kleinen Arterie gekommen war. Es folgen noch einige Beobachtungen von Kirmisson, Charlot.

Als Therapie empfielt D. absolute Diät, Eisblase, Iufusionen.

Die anschließende Diskussion, obgleich vom Thema weit abgehend, enthält einige beachtenswerthe Betrachtungen Lucas-Championnière's, die ihre Wiedergabe rechtfertigen.

Seine Therapie des Vomito negro sind alkalische Magenwaschungen, um die enorm sauren Blutgerinnsel zu entfernen, und gleichfalls Infusionen; ihm ist in einem Falle (Appendicitis und Schwangerschaft) Heilung gelungen.

Sodann kommt Lucas-Championnière auf die zweifellos steigende Häufigkeit der Appendicitis, ihre Ursachen und ihre Prophylaxe zu sprechen. Er kann nicht zugestehen, dass die geringere Zahl früherer Beobachtungen lediglich durch diagnostische Irrthümer auf-

gewogen würde. Er hat in 16 Jahren bis 1897 — als Anhänger frühzeitiger Eröffnung — 34 Darmbeinabscesse gespalten, in den 2 Jahren 1898 und 1899 aber 19; das würde entsprechend für 16 Jahre 152 ausmachen; in den 34 Fällen könnten sogar einige rein puerperale Abscesse begriffen sein.

Die Häufigkeit scheint gesteigert seit dem Neuauftauchen der Influenza 1890; doch dürften auch vermehrte Gastrointestinalkatarrhe, zum Theil in Folge geradezu übermäßig vermehrter Fleisch-, zurückgedrängter Pflanzenkost anzuschuldigen sein, eben so endlich die Vermehrung der Adnexerkrankungen, da die Lymphbahnen des Wurmfortsatzes mit dem Genital- und Darmapparate in Verbindung stehen.

Lucas-Championnière bedauert das Nachlassen einer früheren Gepflogenheit, der regelmäßigen Purgirung. Auch bei Darminfektionen sollten Abführmittel vorwiegend verwendet werden.

Selbst bei florider Appendicitis hat er Vortheil gesehen von Ricinus, womit er natürlich diese nicht heilen wolle; das könne nur die frühzeitige Operation.

Die Zunahme der Appendixerkrankungen hebt auch Kelsch hervor und macht epidemiologische Einflüsse geltend; er bringt sie in Parallele mit anderen Infektionskrankheiten — Pest, Cholera, Typhus, Meningitis cerebrospinalis — welche eben solches fluktuirendes Anwachsen zeigen, und erinnert an Arbeiten Tripier's und Paviot's, so wie Letulle's, nach denen die Möglichkeit allgemeiner Infektion mit Lokalisation im follikelreichen Processus zu erwägen sei.

Christel (Metz).

---

9) **T. H. Wells.** An intraperitoneal method for radical cure of inguinal hernia.

(Lancet 1901. Februar 2).

Verf. beschreibt eine von Symonds ausgeübte Methode zur Radikalbehandlung von Leistenbrüchen.

Hautschnitt ca. 6 cm lang in der Linea semilunaris, über dem äußeren Leistenringe endigend mit Durchtrennung der Fascien; Freilegung des Leistenringes; Vertiefung der oberen 4 cm des Schnittes durch Muskeln, Fascia transversa und subperitoneales Fett hindurch, und nach sorgfältiger Blutstillung Eröffnung der Bauchhöhle. Dann wird ein Finger durch die Öffnung hindurch in die Bauchhöhle eingeführt und gelangt nach abwärts durch den inneren Leistenring hindurch in den Bruchsack, der vollkommen und sorgfältig abgetastet wird, etwaiger Bruchinhalt zurückgeschoben; Verwachsungen geringeren Grades sind zu lösen. Dann wird nach Entleerung des Bruchsackes, während der ersteingeführte Finger noch innen ist und als Leiter gebraucht wird, eine Art Hakenzange längs der inneren Hand- und Fingerfläche eingeführt, die Spitze des Bruchsackes gefasst, derselbe hervorgestülpt und in den oberen Wundwinkel gebracht. Nachdem dann die Bruchsackblätter zur Verödung der Höhle durch einige Nähte zusammengenäht sind, wird der Bruchsack sorgfältig mit dem

Bauchfell vernäht und die Bauchhöhle darüber geschlossen. Die Pfeiler des Leistenringes werden zusammengebracht und vernäht; eben so darüber schichtweise Muskeln und Haut.

Als Vortheile der Methode werden genannt, dass die Operation sich schnell ausführen lasse, vor allem der Bruchsack gleich gefunden ist, der Bruchsackhals hoch oben obliterirt, der eingestülpte Bruchsack die Bildung einer festen Narbe erleichtert, die Untersuchung des Bruchsackes und seines Inhaltes leicht möglich ist, die Schnittführung vielfache Methoden, den Leistenkanal und äußeren Leistenring zu schließen, gestattet. **F. Kraemer** (Berlin).

---

10) **R. Galeazzi** (Turin). J risultati definitivi nella cura operativa dell' ernia inguinale.

(Clinica chirurgica 1899. No. 7.)

G. hat sich der ungeheuren Mühe unterzogen, die Resultate von 1400 Radikaloperationen wegen freier Leistenbrüche bei Männern, ausgeführt an der Klinik Carle von 1889—1899, einer exakten persönlichen Nachprüfung zu unterziehen. Die Ergebnisse dieser Arbeit, deren Schwierigkeiten sehr anschaulich geschildert sind (cf. die ähnliche Mittheilung von Abel in Leipzig. Ref.) sind sehr lehrreich.

Vorausgeschickt sind die Principien, von denen G. sich leiten ließ: Es handelte sich ihm um die Ätiologie der Recidive im weitesten Sinne. Desswegen schied er vor Allem eine Gruppe von 335 Fällen aus, welche vor längstens 2 Jahren operirt worden waren, da bis zum Ablaufe dieser Zeit erfahrungsgemäß 73% der Recidive entstehen, bezw. augenfällig werden. 2 Fälle starben im Spitale an accidentellen, mit der Operation nicht zusammenhängenden Erkrankungen, so dass G. die Mortalität mit 0% berechnet. Die ausgeführten Operationen folgten dem Vorschlage Bassini's in 1120, der »3. Modifikation« Kocher's in 280 Fällen.

Von den 1065 berücksichtigten Fällen wurden 525 (50%) von G. selbst revidirt, 315 (30%) von anderen Ärzten nachuntersucht, in Summa 840 (80%). Von diesen waren länger als 2 Jahre vollständig geheilt 792 (94,29%), 48 (5,71%) hatten Recidive, unter welchen auch »inkomplete Heilung«, »Tendenz zu Recidiv« rangiren.

Diese 48 Fälle sind nach folgenden Gesichtspunkten geordnet:

1) Alter und Profession: Im ersten Lebensdecennium 1,5%, im zweiten 4,2%, im dritten 6,9%, im vierten 7,8%, Ältere 5% Recidive; schwer Arbeitende und Arme, die sofort nach der Entlassung arbeiten mussten.

2) Zustand der Bauchdecken: Größeres Fettpolster unter der Haut begünstigt die Recidive, Fettzunahme koincidirt in manchen Fällen mit dem Eintritte der Recidive. Die Narben in mageren Bauchdecken sind zarter und viel widerstandsfähiger. In Bezug auf die Entwicklung der Muskulatur ergiebt sich, dass in Bauchdecken mit schwächlicher Muskulatur und Fascien absolut mehr Recidive

vorkommen und hierbei auf die Methode Bassini 3,95%, Kocher 6,04% entfallen.

3) Kombination mit anderen Brüchen (auch bilaterale): Von 192 solchen Operationen recidivirten 15 (7,8%).

4) Arten der Hernien: Dieses Kapitel widmet G. zuerst der Untersuchung, ob angeborene Brüche eher zu Recidiven disponiren. Für diesen Theil konnten nur 252 Fälle verwerthet werden, von denen 66 unzweifelhaft angeboren waren. Diese Zahlen sind zu klein für ein abschließendes Urtheil. — Sodann konstatirt Verf., dass von 195 »direkten«Hernien, nach Bassini operirt, 7 (3,5%), von 62 nach Kocher operirten 4 (6,4%) recidivirten. — Die nächste Gruppe ist die der »bruchsacklosen« Hernien, 17 an der Zahl; hier waren 58% definitiver Heilung. 10mal war die Blase im Bruche enthalten. 4 Fälle sind dauernd geheilt, 5 bedeutend gebessert. Interessant ist auch ein hier angeführter Obduktionsbefund, 3 Jahre nach einer gelungenen Radikaloperation (Bassini): »una vera ricostitutione fisiologica della regione«. Recidive nach eigenen und fremden Operationen wurde 48mal operirt mit 90% Heilungen und 10% neuerlicher Bruchbildung (sämmtlich nach Bassini).

5) Größe des Bruches: Diese Untersuchungen beziehen sich nur auf Brüche von mehr als Doppelfaustgröße, da für kleinere aus vielen Mittheilungen die guten Resultate und die verschwindende Zahl von Recidiven bekannt sind. Für manche dieser Fälle hat Carle eine Modifikation der Bassini'schen Methode angegeben, identisch der von Duplay-Cazin. Auf 246 Operationen großer Hernien entfielen 28 (11,1%).

6) Die Wundheilung: Von allen 1400 Operationen sind p. p. i. 1271 (90,86%), p. s. i. 128 (9,14%) geheilt. (In manchen Perioden [so 1893—1898] stellte sich die letztere Gruppe auf nur 3,9%.) Von diesen letzteren recidivirten 10 (8,2%) von den p. p. i. geheilten 38.

7) Was endlich die Methode betrifft, entfallen auf

Bassini	601 Operationen,	565 Heilungen,	36 Recidive	(5,99%)
Kocher	239 »	227 »	12 »	(5,02%)

Einige vereinzelte Beobachtungen (Varicocelen, Hodenatrophie) sowie eine Zusammenstellung anderer kleinerer Statistiken beschließen die Arbeit. **J. Sternberg** (Wien).

---

11) J. Zilocchi (Parma). La plastica dell' omento nelle operazioni sullo stomaco e sull' intestino.

(Clinica chir. 1901. No. 1).

Z. hat die Versuche von Tietze, Braun u. A. über Plastik mit Netzpartien wiederholt. Es wurden verschiedene Öffnungen am Magen und Dünndarm angelegt, dann Resektionen an diesen Organen, zumeist an denselben Versuchsthieren, ausgeführt, ganz schwache Nähte, einreihig, locker, angelegt und schließlich Netz in größerer oder geringerer Ausdehnung darüber befestigt. — Die Resultate berechtigen zu folgenden Schlüssen: 1) Die Überdeckung von Perfora-

tionen des Verdauungskanals mittels Netztheilen ist möglich. 2) Die gesetzten Öffnungen verkleinern sich in Folge der Schrumpfung der transplantirten Netzpartien. 3) Diese Deckung bietet absolute Garantie auch für schwache Nähte. 4) Die Lichtung des Verdauungskanals wird nicht verengert, weil die Wundränder nicht eingeschlagen werden. 5) An der Innenseite wird das Netz vom Epithel der Schleimhaut überzogen. 6) Das Netz und die Serosa wandeln sich in Bindegewebe um.

J. Sternberg (Wien).

---

12) **K. M. Ssapeshko.** Zur Magenchirurgie. Das Magengeschwür und seine Komplikationen. Die Y-Gastroenterostomie bei geschwüriger und krebsiger Pylorusstenose.

(Annalen der russischen Chirurgie 1900. Hft. 6 u. 1901. Hft. 1.)

Die Pylorusstenose kommt unter den Dorfbewohnern Russlands nicht selten vor. S. sah sie unter 6—8000 poliklinischen Kranken 82mal. Für die Diagnose sind wichtig: Die sichtbaren peristaltischen Bewegungen des Magens im Beginne der Krankheit; die Palpation nach Obrastzow (am liegenden Pat. macht man mit 4 Fingern der rechten Hand rasche tangentiale streichelnde Bewegungen von oben nach unten und hält damit momentan inne in der Höhe, wo man die große Kurvatur vermuthet; das Manöver erzeugt ein plätscherndes Geräusch und wird dann weiter unten wiederholt, bis es kein Plätschern mehr hervorruft; hier ist die untere Grenze des Magens). Unter 100 untersuchten Fällen fand S. 10mal die große Kurvatur an der Symphyse. Dann die Tastung der Geschwulst, die aber unmöglich wird, wenn letztere hoch oben fixirt ist. Hilft die Palpation nicht, so bläst S. den Magen nach Roux durch eine Sonde auf. Endlich kommt als wichtiges diagnostisches Zeichen die Hyperacidität des Magensaftes. — Von seinen 100 Pat. fand S. nur bei 10 Krebs, in allen übrigen Fällen handelte es sich um Magengeschwür. Verf. rechnet, dass in Russland wohl 1 Million an Magengeschwür leidet, das aber beim jetzigen Stande der Medicin unerkannt bleibt. — Dann sucht S. die Ursache der Ptose des Magens bei Pylorusstenose und des Rückflusses der Galle bei der vorderen Gastroenterostomie zu erklären und spricht sich für die Y-Gastroenterostomie nach Roux als das beste Verfahren aus. In einem Falle machte er die Y-Gastroenterostomia antecolica und verlor seinen Pat., da der zuführende Darm durch das Gekröse verengt wurde, eben so wie das Colon transversum. Daher macht er jetzt immer die Y-Gastroenterostomia retrocolica. Nach der Operation kontrahirt sich der Magen und schwindet der Überfluss an HCl, ferner schwinden die Schmerzen und das Erbrechen. Doch kehren die Symptome in manchen Fällen wieder. S. machte daher bei 3 Pat. eine zweite Operation und fand, dass erstens die Anastomosenöffnung nicht groß genug angelegt war und zweitens die fortlaufende Seidennaht der Schleimhaut durch den beständigen Reiz des Fadens zu narbiger Stenose der neuen

Öffnung führte. Daher macht er jetzt die Anastomose recht groß, durchschneidet den Dünndarm schräg und legt eine Knopfnaht an. In den 3 erwähnten Fällen machte er an der engen Anastomose eine Art Pyloroplastik nach Heineke-Mikulicz. — Eine weitere Ursache der Magenschmerzen sind die peritonealen Verwachsungen des Magens: auch hier wirkt die Operation nach Roux Wunder. Weiter bringt S. 2 Krankengeschichten von Pylorospasmen; 1 Pat. wurde mit Erfolg operirt. Von Geschwürsperforationen bringt S. 3 Fälle; 2mal entwickelten sich subdiaphragmatische Abscesse (beide Fälle †). Verf. verlangt eine genauere Untersuchung des Perforationsmechanismus in jedem einzelnen Falle und besonders der Anfangssymptome, der subjektiven sowohl wie der objektiven. — Für den Verlauf nach der Operation sind wichtig der Grad des vorhandenen Marasmus und die diätetische Nachbehandlung. S. sah einen 2mal operirten Fall, wo in Folge eines chronischen Lungenprocesses mehrere Mal der Marasmus wuchs; jedes Mal wuchs dann auch das Geschwür und traten Blutungen auf, bis der Magen vollständig perforirt wurde. — Sehr oft entwickelt sich auf dem Grunde des Geschwürs später ein Carcinom; in solchen Fällen kommt es leicht vor, dass man von mehrjähriger Heilung eines Carcinoms spricht, das aber zuerst gar nicht vorhanden war. — Die fesselnd geschriebene Arbeit wird durch viele Krankengeschichten illustrirt. Zum Schlusse bringt S. folgende statistische Angaben: Er hat 21 Gastroenterostomien gemacht und 3 wiederholte, im Ganzen also 24, von denen 2 nach der Operation tödlich endeten (8,3% Mortalität). Das beweist, dass die hintere Y-Gastroenterostomie keine allzu schwere Operationsmethode ist, wie Manche meinen.

Gückel (B. Karabulak, Saratow.).

---

13) **Rütimeyer** (Basel). Zum klinischen Verhalten des Magencarcinoms.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1900. No. 21 u. 22).

An einem Materiale von 86 Carcinomen des Magenkörpers oder des Pylorustheiles hat Verf. genaue Erhebungen über den Befund freier Salzsäure und über die diagnostische Bedeutung des Milchsäurenachweises angestellt. Die Bestimmungen der Totalacidität wurden durch Titrirung mit Phenolphthalein, diejenige der freien Salzsäure meist nach Töpfer ausgeführt am filtrirten Magensaft nach Probefrühstück, dem wiederum eine Magenausspülung voraus ging. Die Milchsäurebestimmungen geschahen mit verdünnter Lösung von Liquor ferri sesquichlor. und wurden als beweisend angesehen, wenn eine kräftige und deutliche grüngelbliche Farbenreaktion auftrat, während alle anderen gelben Nüancen als zweifelhaft oder negativ betrachtet wurden. Die Diagnose Carcinom stützte sich stets entweder auf Autopsie bei der Operation, auf die Obduktion oder auf das Vorhandensein einer tastbaren Geschwulst.

R. fand bei sicheren Fällen von Magencarcinom
keine freie Salzsäure in 84%
freie Salzsäure in . . . 16%
Milchsäure in 87%
lange Bacillen in . . . 80%.

Bei mehreren Fällen konnte bei längerer Spitalbeobachtung der Befund freier Salzsäure bis zum Verschwinden derselben und zum starken Auftreten von Milchsäure verfolgt werden. Ein Fall lehrt deutlich, wie die Gastroenterostomie ein wirklich gutes und für relativ lange Zeit bleibendes Resultat ergeben kann. Die Pat. war noch $2^1/_2$ Jahre nach der Operation bei gutem Allgemeinenbefinden. Die Anacidität für Salzsäure bestand fort.

Auch wenn kein Anhalt dafür vorhanden ist, dass ein Carcinom auf der Basis eines Geschwürs entstanden ist, und auch wenn die Neubildung schon groß ist, kann freie Salzsäure gefunden werden.

Oppler's Satz: »wenn bei beginnendem Pyloruscarcinom auch freie Salzsäure vorhanden ist, so findet nie Milchsäureproduktion statt, noch finden sich fadenbildende Bacillen«, kann R. nicht bestätigen.

Des Weiteren berichtet B. über drei Fälle von Magencarcinom im jugendlichen Alter, nämlich im Alter von 14 bezw. 19 und 23 Jahren. Der Fall im 14. Lebensjahre betraf einen Knaben, die beiden anderen junge Mädchen. **P. Stolper** (Breslau).

---

14) **W. Petersen.** Anatomische und chirurgische Beiträge zur Gastroenterostomie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 3.)

Verf. weist darauf hin, dass eine richtig ausgeführte Gastroenterostomia posterior retrocolica sicher gegen die gefürchtetste Komplikation der Magen-Darmanastomose, die Rückstauung, schützt. Nach seinen anatomischen, durch vorzügliche Schemata illustrirten Untersuchungen liegt schon bei normalen Verhältnissen der tiefste Magenpunkt höher als die Plica duodenojejunalis. Bei Dilatation des Magens wird diese Höhendifferenz noch erheblich größer. Gewöhnlich wird das ganze Duodenum vom Magen verdeckt, das Jejunum verläuft in seinem Anfangstheile noch eine ziemliche Strecke weit hinter dem Magen. Wenn man nun die hintere Gastrostomie so anlegen will, dass die Organe ihre physiologische Lage möglichst beibehalten, so darf man den zuführenden Schenkel nur so lang nehmen, als die Entfernung von Plica bis Anastomose beträgt, d. h. durchschnittlich 3—10 cm. Der zuführende Schenkel verläuft dann von selbst von oben nach unten. Es giebt keinen rechten und keinen linken Darmschenkel mehr, sondern nur einen oberen und einen unteren, und somit fällt jeder Grund zu einer Spornbildung weg. Anerkanntermaßen ist aber die Spornbildung die Hauptursache der Regurgitation. — Die Kürze der Schlinge, auf welche auch v. Hacker selbst Gewicht legt, ist also ein sehr wesentlicher Bestandtheil der

Gastroenterostomia retrocolica. In der Czerny'schen Klinik, in welcher diesem Principe entsprechend 215 hintere Gastroenterostomien ausgeführt wurden, kam eine ernstliche Rückstauung nie zur Beobachtung.

Honsell (Tübingen).

---

15) **R. de Bovis** (Reims). Le cancer du gros intestin. Rectum excepté.

(Revue de chir. 1900. No. 6—8, 10—12.)

Die sehr ausführliche Abhandlung verwerthet 426 aus der Litteratur gesammelte, bezw. 3 eigene und 14 dem Verf. von verschiedenen Chirurgen zur Veröffentlichung überlassene Fälle von bösartiger Neubildung des Dickdarmes, in denen irgend ein chirurgischer Eingriff vorgenommen worden war. Aus dem außerordentlich reichen Inhalte der das Thema nach allen Richtungen erschöpfenden Arbeit können hier nur einige praktisch wichtigere Ergebnisse wiedergegeben werden, die sich auf den Werth und die Resultate chirurgischer Behandlung beziehen, aber auch die auf Grund des großen Materials erörterten übrigen Fragen bezüglich der Häufigkeit des Leidens, des Vorkommens in verschiedenen Lebensaltern, des Auftretens intestinaler Obstruktion und Occlusion etc. werden das Interesse des Lesers der Abhandlung erwecken.

Unter den 426 Fällen finden sich 101 durch Enterostomie behandelte mit einer Sterblichkeit von 38,6%. Noch ungünstiger ist das Resultat bei den Fällen, in denen bereits schwere Darmverschlusserscheinungen bestanden hatten; von 53 derartigen Pat. erlagen 24 dem operativen Eingriffe (47%). Bemerkenswerth ist ferner die höhere Sterblichkeitsziffer bei Männern (44,8%) im Vergleiche zu der bei Frauen (32,6%). Die Überlebenden gingen durchschnittlich nach 10,1 Monaten und 21,6 Monaten nach Auftreten der ersten Krankheitssymptome zu Grunde.

Auch bei der Enteroanastomose ergab sich eine fast gleiche Sterblichkeitsziffer (37,5%), die auch hier bei den operirten Männern etwas größer war; die Lebensdauer derjenigen, welche die Enteroanastomose glücklich überstanden hatten, betrug nur 6,4 Monate. Anscheinend verliefen die Fälle, bei denen die Naht angelegt worden, besser, als die mit dem Murphyknopfe behandelten; doch ist die Zahl der letzteren zu klein, um daraus bündige Schlüsse ziehen zu können.

Die Enterektomie und Darmnaht ist in 171 Fällen — 31,5% † — ausgeführt worden; von den operirten Männern erlagen der Darmresektion 39,1, von den Frauen 22,3%, von den mit Darmnaht behandelten 19% (7,8% in Folge von Nahtinsufficienz) gegenüber 24% bei Anwendung des Murphyknopfes. Angeschlossene Drainage verbesserte die Resultate (19,1% Mortalität), hinterließ indess häufig Fisteln. Die Geheilten lebten durchschnittlich noch 19,3 Monate.

Die weiteren Zusammenstellungen der Fälle von Resektion mit Anlegung eines Kunstafters (38 Fälle, 36,8 †), von Enterektomie in

mehreren Zeiten (36 Fälle, 16,6% †), von sehr komplicirten Enterektomien (28 Fälle, 46,4% †) etc. führen, mit der vorhergehenden Statistik der Enterektomien, zu einer allgemeinen Sterblichkeitsziffer dieser Operation von 38,4%, so dass also für die zuerst erwähnten palliativen Behandlungsmethoden und für die radikale der Procentsatz der Todesfälle nach der Operation als der gleiche angenommen werden könnte, wenn überhaupt ein derartiger Vergleich bei der Verschiedenheit der Indikationen dieser 3 Operationskategorien zulässig wäre.

Mit der Feststellung der Anzeigen für die verschiedenen Methoden und der Schilderung des operativen Vorgehens bei denselben beschäftigt sich der Schlusstheil der Arbeit, der neben einem sehr genauen Litteraturverzeichnisse auch noch die bisher nicht veröffentlichten Krankengeschichten operirter Fälle bietet.

Kramer (Glogau).

---

16) **Hinterstoisser** (Teschen). Beiträge zur Technik der Darmvereinigung.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 45.)

H. hat das vorzügliche Doyen'sche Verfahren des blinden Darmverschlusses als zu komplicirt gefunden und geht derart vor, dass er das mit starkem Seidenfaden nach anatomischem Vorbilde abgebundene Darmende durch eine im Abstande von $1/2$—1 cm übergelegte fortlaufende Lembert'sche Naht ohne weitere Stumpfbehandlung versenkt.

Hübener (Dresden).

---

17) **Terrier** et **Gosset.** De l'exclusion de l'intestin.

(Revue de chir. 1900. No. 8, 11, 12.)

Die in Frankreich noch wenig bekannte und selten ausgeführte Darmausschaltung findet in der vorliegenden Abhandlung eine sorgfältige Besprechung, zu der ein von T. operirter Fall — beiderseitige Darmausschaltung mit Verschluss des proximalen Endes und lateraler Enteroanastomose wegen Krebs des Dünndarmes; Tod am 7. Tage — Veranlassung gegeben hat. Im Ganzen sind in der Arbeit 52 Fälle dieser Operation verwerthet; von denselben erlagen 8 (15,38%) dem Eingriffe. 25mal wurde wegen Kothfistel, bezw. künstlichen Afters die Darmausschaltung vorgenommen (2 †); in 10 der Fälle heilte die Fistel, in 4 wurde die sekundäre Darmresektion nothwendig, in den übrigen blieb eine sehr wenig secernirende Fistel zurück. Von den 10 Fällen von Darmausschaltung wegen Tuberkulose des Blinddarmes (2 p. op., 1 nach 2 Monaten †) sind 3 vollständig, 1 nach Resektion und 3 mit Fisteln geheilt. Die übrigen betrafen Darmausschaltungen wegen eines mechanischen Hindernisses (Neubildung); in einigen derselben wurde später die Exstirpation des ausgeschalteten Darmstückes möglich, in anderen eine Rückbildung der entzündlichen Geschwulst wahrgenommen. 13 der Fälle kamen zur Heilung.

Was den Werth der verschiedenen Methoden der Darmausschaltung betrifft, so halten Verff., nachdem die mit Verschluss beider Enden des ausgeschalteten Darmes heut zu Tage nicht mehr in Betracht kommt, die einseitige Darmausschaltung, bei der der Darm nur oberhalb der kranken Stelle durchtrennt und eine seitliche Enteroanastomose angelegt wird, bei Darmtuberkulose nicht für erlaubt, weil die tuberkulösen Sekrete den abführenden Darm inficiren würden. Bei diesem Leiden, wie bei Kothfisteln erscheint ihnen die beiderseitige Darmausschaltung mit Verschluss des einen und Fixation des anderen Darmendes in der Bauchwunde allein am Platze; für die übrigen Fälle möchten sie der einseitigen den Vorzug geben. **Kramer** (Glogau).

18) **Levy.** Über Resektion des Mastdarmes.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 19.)

Verf. führt quer über das Kreuzbein in der Höhe, in der es durchsägt werden soll; einen flachen Bogenschnitt, der nur Haut und Fascie durchtrennt. Mit dem stumpfen Skalpellstiele werden die Fasern der beiden großen Gesäßmuskeln aus einander geschoben, bis die Ränder des Kreuzbeines mit ihren beiderseitigen ligamentösen Fortsätzen freiliegen. Dicht unterhalb der 4. Kreuzbeinlöcher wird nun das Kreuzbein quer durchsägt, nachdem vorher seine ligamentösen Fortsätze in gleicher Richtung durchschnitten wurden. Auf diese Art gelingt es, den Darm schnell und ohne sonderlichen Blutverlust freizulegen. Der untere Wundrand sammt der Schnittfläche des Kreuzbeines wird nach Bedeckung mit steriler Gaze mit starken scharfen Haken gegen den After gezogen. Sodann wird die Isolirung und Resektion des Darmes vorgenommen. Die Schließmuskeln des Darmes mit ihren Nerven und Insertionen bleiben unversehrt, worin der Vortheil der Methode liegt. **Gold** (Bielitz).

19) **S. Stiassny.** Über plastische Nachoperationen nach Resectio recti.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 3.)

Wie S. an der Hand von 6 Fällen mittheilt, sind an der Heidelberger Klinik zum Verschlusse der nach Resectio recti zurückgebliebenen sacralen Fisteln folgende Methoden in Anwendung gekommen: 1) Plastik mit Brückenlappen. Dieselbe kann mit einem Hautstreifen an der Operationsseite oder durch Brücken aus beiden Nates gebildet werden (2 Fälle). 2) Plastik mit gestielten Lappen (3 Fälle). Da ihre Ernährung schwieriger ist, so ist auch die Anheilung unsicherer als bei Brückenlappen, andererseits sind sie aber leichter beweglich. 3) Plastik par glissement (1 Fall). Die Fistel wird umschnitten, die Incision nach oben und unten verlängert und auf den oberen Wundwinkel ein nach rechts ziehender, 3 cm langer Quer-

schnitt aufgesetzt. Der so gebildete Lappen wird über den Mastdarm herübergezogen. 4) Etagennaht (1 Fall). Auch hierdurch kommt eine möglichst exakte Deckung der Nahtlinie unter Vermeidung todter Räume zu Stande. **Honsell** (Tübingen).

Kleinere Mittheilungen.

(Aus der chirurgischen Klinik zu Rostock. Geh.-Rath Garrè.)

Ein Gipsfenstersucher

Von

Dr. O. Langemak.

Wohl Jeder, der viel Gipsverbände machen muss, hat erfahren, wie leicht man beim Einschneiden eines Gipsfensters vom Wege abweicht und in Folge dessen ein größeres Fenster anlegen muss, als ursprünglich beabsichtigt war, wodurch häufig die Festigkeit des Gipsverbandes leidet. Hat man das Metermaß zu Hilfe genommen, kann man häufig den Abstand des zu schneidenden Fensters von einem fixen Punkte, nicht aber die Lage desselben in der betreffenden Ebene immer genau bestimmen. Außerdem sind die Maße nicht ganz zuverlässig, da nach Anlegung des Verbandes die Kontouren des fixen Punktes (z. B. die Spitze eines Malleolus) oft verstrichen sind.

Mancher hat wohl seine Zuflucht zu einer Korkscheibe genommen, durch die er sich die Stelle des Gipsfensters markirte, vielleicht auch noch durch diese eine Nadel oder einen plattköpfigen Nagel gesteckt zur besseren Orientirung. Diese primitive Methode erfüllt häufig ihren Zweck, doch hat der Kork den Nachtheil, dass er sich nicht gut den Konfigurationen der Knochen und Gelenke anschmiegt,

Fig. 1.

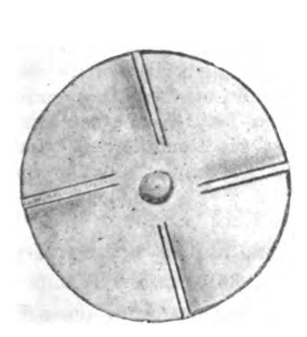
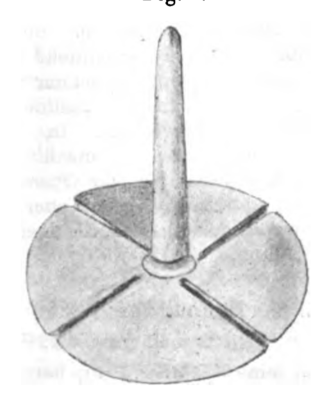


Fig. 2.



nicht gut sterilisirbar ist und, falls ein Nagel oder eine Nadel durch ihn gesteckt ist, beim Anlegen des Verbandes den Operateur verletzen kann. Ich habe desshalb einen Gipsfenstersucher aus Kupfer herstellen lassen, den ich kurz beschreiben möchte.

Eine kreisrunde Kupferplatte etwa von der Dicke eines Fünfzigpfennigstückes und einem Durchmesser von 3,5 cm bildet die Fußplatte. In ihr befinden sich 4 Einschnitte von 2 mm Breite, die sich nicht in einem Punkte in ihrer Verlängerung schneiden und in einem Abstande von 3 mm von einer centralen Öffnung enden, in die ein nach oben hin konisch zulaufender Stift eingelassen ist. Die

Einschnitte — siehe Zeichnung 1, welche die Platte von unten gesehen zeigt, — theilen die Fußplatte in 4 Blätter, welche sich leicht nach unten und oben biegen lassen und es ermöglichen, den Fenstersucher allen Formen der Knochen und Weichtheile anzupassen. Der centrale Stift ist 3 cm lang, seine Dicke geht aus der Zeichnung hervor (Fig. 2); er besteht aus Messing.

Absichtlich habe ich die Einschnitte in die Fußplatte so gewählt, wie Fig. 1 illustrirt, um den Blättern einen breiteren Stiel zu geben und sie dadurch für das Biegen widerstandsfähiger zu machen.

Der Fenstersucher hat den Vortheil, wie jedes andere metallene Instrument ausgekocht werden zu können, wegen seiner kupfernen Fußplatte adaptionsfähig zu sein und wegen der konisch zugespitzten, aber doch stumpfen Spitze des Stiftes keine Verletzungen zu setzen.

Über den Stift lassen sich Gazestücke und Gipsbinden leicht überstreifen. man kann also den Fenstersucher direkt der Wunde aufsetzen, auch ohne ein Gaze- oder Salbenläppchen unter ihn zu legen, und sowohl den sterilen Wundverband, wie den Gipsverband ohne Rücksicht auf ihn anlegen. Zweckmäßig wird es freilich sein, wenn man den Anfangs durch eine Fingerspitze leicht fixirbaren Fenstersucher zunächst durch einige am Stifte vorbeigewickelte, nur über die Fußplatte geführte Touren befestigt; dann hält er sich selbst und bedarf keiner weiteren Beachtung. — Der aus dem Verbande hervorsehende Stift ermöglicht ein schnelles und sicheres Aufsuchen der Wunde und das Ausschneiden des Fensters.

Der Fenstersucher hat sich in der beschriebenen Form und Größe als praktisch bewährt bei Anwendung in hiesiger Klinik, und ich kann ihn zum Gebrauche empfehlen.

Der hiesige Instrumentenmacher W. Vick liefert ihn zum Preise von 1,50 ℳ in guter Ausführung.

---

20) **P. Sebileau et E. Lombard.** Oesophagotomie externe pour corps étranger de l'oesophage.

(Annales des malad. de l'oreille etc. T. XXVII. No. 1.)

Die Operation wurde bei einem 3jährigen Kinde ausgeführt, das 25 Tage vorher ein Sou-Stück verschluckt hatte. Subjektive Erscheinungen fehlten, einziges objektives Symptom Schmerz bei Druck auf die unteren Halspartien. Durch Skiagraphie wird die Anwesenheit und der Sitz des Fremdkörpers festgestellt (Höhe des 1. Brustwirbels). In Anbetracht des langen Verweilens des Fremdkörpers in der Speiseröhre entschloss man sich sofort zur Oesophagotomia externa. — Bemerkenswerth bei der Operation erschienen feste Verwachsungen zwischen Ösophagus und Carotis, etwas oberhalb des Sitzes des Fremdkörpers. Im Bereiche dieser Verwachsungen war die Speiseröhre stark verdünnt. Naht der Speiseröhre, glatte Heilung. **Hinsberg** (Breslau).

21) **K. G. Lennander.** Ein Fall von Ösophagus- (Pharynx-) Polyp.

(Nord. med. Arkiv N. F. Bd. XI. Abth. 3. II. [Schwedisch.])

Pat., eine 51jährige Frau, hatte während der letzten 2 Jahre einen Knoten im Rachen gefühlt. Bei Hustenstößen und Würgebewegungen rutschte derselbe etwas empor, bei Schluckbewegungen weiter hinunter. Schlingbeschwerden, Athemnoth oder Heiserkeit waren nicht beobachtet. Bei einer zufälligen laryngoskopischen Untersuchung, die wegen akuter Heiserkeit, durch eine Erkältung hervorgerufen, vorgenommen wurde, schleuderte eine kräftige Würgebewegung einen Körper aus dem Munde heraus, der sich als ein 9 cm langer, fast gurkenähnlicher Polyp herausstellte und mit einem kleinfingerdicken Stiele an der Grenze von Rachen und Speiseröhre befestigt war. Der Stiel wurde 1 cm oberhalb der Basis mit Seide unterbunden und galvanokaustisch entfernt. Es handelte sich um ein ziemlich gefäßreiches Fibrom mit zahlreichen eingesprengten Fettgewebspartien. — Bei

laryngoskopischer Untersuchung 1 Jahr später konnte nicht einmal der Sitz der Geschwulst entdeckt werden, noch war er für den tastenden Finger fühlbar.

Die Mittheilung ist von 2 wohlgelungenen Abbildungen begleitet.

Hansson (Cimbrishamn).

22) **L. Verdelet.** Contusion herniaire.

(Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux 1900. November.)

Ein 45jähriger Mann, der mit rechtsseitigem Leistenbruche behaftet war und kein Bruchband trug, erlitt durch einen Hufschlag eine Kontusion des ausgetretenen Bruches. Sofort traten Erscheinungen ein wie bei Incarceration. Die Operation, die 3 Tage nach der Verletzung vorgenommen wurde, ergab starke Sugillation des Bruchsackes; in demselben lagen Blinddarm, Dünndarm und entzündetes, stellenweise schwarz verfärbtes Netz. Letzteres wurde abgetragen, die Därme wurden reponirt. Heilung. Verf. betont die relativ große Seltenheit dieser Verletzung und räth, bei irgend wie alarmirenden Symptomen operativ einzugreifen.

Brunner (Zürich).

23) **S. Kossobudzki.** Zur Kasuistik der Darmblutung nach Reposition incarcerirter Hernien.

(Medycyna 1900. No. 16 u. 17.)

Verf. trägt zur Bereicherung der bisher spärlichen Kasuistik der Darmblutung nach Reposition eingeklemmter Brüche durch Beschreibung folgenden Falles bei: 49jähriger, sonst gesunder Mann, seit Jahren mit einem Leistenbruche behaftet. Incarceration, Rückgang derselben — nach misslungenen Taxisversuchen — spontan nach 14 Stunden. Am folgenden Tage Symptome leichter peritonealer Reizung, am 3. Tage abundante Darmblutung. Hierauf 24 Stunden lang Stillstand der Blutung, worauf neuerlich einige Tage hindurch der Stuhl mit Blut gemengt war. Heilung. **Trzebicky** (Krakau).

24) **L. Odisio** (Voghera). Due casi d'ernia della tromba uterina.

(Clinica chirurgica 1899. No. 12.)

Zwei Fälle von Tubenhernien.

1) 55jährige Frau, seit Jahren rechtsseitiger Leistenbruch. Einklemmungserscheinungen ohne Ileus. Bei der Operation wird die rechte Tube geschwellt und abgeschnürt, aber nicht gangränös gefunden; Reposition; Bassini'sche Radikaloperation. Heilung.

2) 6jähriges Kind. Angeborene Inguino-labialhernie rechts. Enthält eine normale Tube, der Eierstock in der Bauchhöhle. Reposition, Bassini; Heilung.

J. Sternberg (Wien).

25) **V. Remedi** (Siena). Contributo alla cura radicale delle ernie ed alla patogenesi delle ernie inguinali oblique esterne.

(Atti delle R. Accademia dei Fisiocritici 1899.)

R. bringt einen überaus ausführlichen und reichhaltigen Bericht über die in den Jahren 1891 bis 1898 operirten Hernien.

Es waren insgesammt 338 Operationen: 282 Leisten-, 40 Schenkel-, 3 Bauchbrüche, 1 Nabelbruch, 12 inguinale Laparocelen.

a. Leistenbrüche: 272 freie, 10 eingeklemmte. Von den freien 253 bei Männern, 19 bei Frauen. Definitive Heilung ohne Recidive in 188 + 13 = 201 Fällen, von 60 + 6 = 66 keine spätere Nachricht, in 5 Fällen Recidive, sämmtlich Männer.

b. Schenkelbrüche: 20 freie, 20 eingeklemmte. Von den freien 9 bei Männern, 11 bei Frauen. Definitive Heilung ohne Recidive in 8 + 7 Fällen, von 5 fehlen Nachrichten.

Bei den Leistenbrüchen wurde fast durchwegs die Methode Bassini's, kleine Modifikationen bei der Isolirung des Sackes und der Bildung der hinteren Wand



des Leistenkanals ausgenommen, angewendet. Bei den Schenkelbrüchen giebt R. keiner der vielen vorgeschlagenen Methoden den Vorzug, sondern hält die feste Torsion des Bruchsackes für das wichtigste Moment, so wie dass kein Netzzipfel angewachsen bleibt.

In 4 Fällen bestand Bruchsacktuberkulose (3 Leistenbrüche bei Männern, 1 Schenkelbruch bei einer Frau).

Im Anhange ist eine kleine Arbeit über die Pathogenese der Hernia inguinalis obliqua externa, die R.'s schon früher (cf. Centralblatt für Chirurgie 1892 p. 314) aufgestellte Thesen, dass diese Brüche in Bezug auf den Mechanismus der Bruchsackbildung wie angeborene anzusehen und Anomalien in der Obliteration des Canalis peritonei vaginalis zuzuschreiben sind, von Neuem stützt.

J. Sternberg (Wien).

26) **A. F. Hornborg.** Über Brüche in der Linea alba.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLII. p. 1139.)

Verf.s Arbeit ist ein von ausführlichen Krankengeschichten begleiteter Bericht über 30 in der chirurgischen Klinik zu Helsingfors operativ behandelte Fälle von Hernien der Linea alba. — Ätiologisch theilt er dieselben in Hernien, abhängig von subserösen Lipomen, von Traumen, von Abmagerung wegen Tuberkulose oder Magenkrebs (Verlust des Fettes und allgemeine Erschlaffung der Gewebe) und schließlich von einer allgemeinen Disposition für Hernien. In etwa 23% der Fälle fand Verf. außerdem Brüche an einer oder mehreren anderen Stellen des Körpers.

Die Symptome waren sehr verschieden; am häufigsten wurden Verdauungsstörungen erwähnt. Die Beschwerden traten meist urplötzlich auf, nach einem Chok oder Trauma. Die Schmerzen, auch anfallsweise auftretend, werden von körperlichen Anstrengungen, besonderen Körperstellungen, Mahlzeiten u. A. hervorgerufen. Sie verschwinden in der Regel bei Lagewechsel des Körpers, fast immer bei horizontaler Rückenlage.

Die operative Behandlung ist eben so einfach wie nutzbringend, diejenigen Fälle ausgenommen, welche auf hochgradiger Abmagerung wegen Tuberkulose oder Krebs beruhen.

Um über die Wirkung der Operation ein Urtheil geben zu können, hat Verf. später Erkundigungen von den Pat. eingeholt. Von den 30 Operirten sind über 22 Berichte eingetroffen. 7 waren gestorben, 12 völlig geheilt; 2 hatten Recidiv, der Eine in der Narbe, der Andere nahe bei dem ersten Bruche. Bei einem Pat. bestanden die Beschwerden fort, obwohl der Bruch geheilt war.

Hansson (Cimbrishamn).

27) **Heiz et Bender.** Une variété nouvelle de torsion de l'epiploon.

(Bull. et mem. de la soc. anat. de Paris LXXV. Année. 3. Serie. No. 9.)

Bisher sind etwa 2 Typen von Netztorsion beschrieben:

1) Torsion des ganzen Netzes um sich selbst;

2) von Netztheilen wie eine Serviette, die an 2 Zipfeln festgehalten ist.

Eine 3. Form würde der hier erwähnte Fall darstellen: Als Inhalt eines Bruches fand man 2 Netzzipfel, die sich an ihrem fibrös entarteten Abgange vom großen Netz $2^1/_2$mal um einander geschlungen hatten. Die Verff. vermuthen, solche Drehungen seien häufiger, als man glaube.

Christel (Metz).

28) **C. Brunner.** Zur chirurgischen Behandlung des Spasmus pylori und der Hyperchlorhydrie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 3.)

B. berichtet über folgenden, für Pathologie und Therapie der gutartigen Magenerkrankungen gleich bemerkenswerthen Fall: Ein 38jähriges Mädchen kam wegen Magenbeschwerden, die auf eine Superacidität auf nervöser Basis hinwiesen, mehrmals zur Aufnahme. Bei der 3. Aufnahme wurde wegen Fehlschlagens sonstiger Therapie die Probelaparotomie ausgeführt. Dieselbe ergab eine mäßige Pylorusenge, keine Verwachsungen. Dagegen wurden während der Operation starke peristaltische Wellen der Magenwand mit Einschnürungen, also ein inten-



siver Krampfzustand des Pylorus, beobachtet. Daher Gastroenterostomie. In der Folge vorübergehende Besserung; die Hyperacidität blieb dauernd aus, die sonstigen Erscheinungen wurden aber erst durch psychische Behandlung beseitigt.

Interessant dürfte an der vorliegenden Beobachtung zunächst die krampfartige Kontraktion des Antrum pylori sein, da sie außer von Verf. erst 1mal durch Autopsie während der Operation konstatirt wurde. Den Nutzeffekt der Operation beurtheilt Verf. mit großer Vorsicht. Ihre Wirkung war zum Theil jedenfalls eine suggestive, aber sie brachte doch auch einen objektiven Nutzen dadurch, dass die Hyperacidität verschwand. Letzteres beruhte auf Neutralisirung des Magensaftes durch Regurgitation von Galle; in wie weit außerdem hierfür die Ausschaltung der krampfigen Stenose in Betracht kam, wird dahingestellt gelassen

Honsell (Tübingen).

29) **A. Raffa** (Vicenza). La dieresi col laccio di gomma elastica nelle anastomosi delle vie digerenti.

(Clinica chirurgica 1899. No. 11.)

R. hat in 2 Fällen, einer Gastroenterostomie und einer Enteroanastomose, sich des von Porta auf dem italienischen Chirurgenkongresse in Turin 1898 empfohlenen elastischen Ringes zur allmählichen Durchtrennung der Wände der zu anastomosirenden Schlingen bedient und nach glatter Heilung an den Kranken ganz beträchtliche Gewichtszunahmen konstatiren können. In einem 3. Falle hat er 2 solche Schnürringe angewendet. Die Autopsie nach 50 Stunden zeigte eine tadellose Öffnung, welche einen Gänsekiel passiren ließ.

J. Sternberg (Wien).

30) **Seiler** (Bern). Über Magenresektion und Gastroenterostomie.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1900. No. 22.)

S. berichtet über 3 in ihrem Erfolge sehr nachhaltige Magenresektionen und eine Gastroenterostomie, um zu zeigen, dass »auch in den Händen kleiner Chirurgen diese Operation gute Resultate geben kann«. **P. Stolper** (Breslau).

31) **A. Majewski.** Zur Kasuistik der chirurgischen Erkrankungen des Darmes.

(Gaz. lekarska 1900. No. 30.)

12jähriger taubstummer Junge war seit 2 Tagen an akutem Ileus erkrankt. Bauch ad maximum aufgetrieben, in der Mittellinie 2 vertikal verlaufende, parallel neben einander liegende, kolossal geblähte Darmschlingen sicht- und fühlbar, keine gesteigerte Peristaltik, keine anfallsweisen Schmerzen. Im Mastdarme etwas harter Koth. Allgemeinzustand leidlich. Laparotomie in der Mittellinie vom Nabel fast bis zur Symphyse. Nach Eröffnung der Bauchhöhle präsentirten sich die früher erwähnten geblähten Darmtheile als ad maximum aufgetriebener Dickdarm. Eine genauere Orientirung war erst nach Punktion der einen Schlinge mittels Trokars möglich. Nun erst zeigte es sich, dass das Quercolon in Folge abnormer Länge des Mesocolons in Schlingenform nach unten herabhing und eine Torsion erlitten hatte. Die Detorsion gelang sehr leicht. Verf. überzeugte sich, dass die ganze Flexur mit harten Kothballen dicht angeschoppt war. Da die sofort angewandte hohe Darmirrigation auf die letzteren ohne Einfluss blieb, trieb Verf. durch unmittelbare Massage des Darmes die Kothmassen nach dem Mastdarme herunter, von wo aus denselben durch einen Assistenten der Weg nach außen gebahnt wurde. **Trzebicky** (Krakau).

32) **K. G. Lennander.** Fall von angeborener (?) Dilatation und Hypertrophie der Flexura sigmoidea bei einem Kinde (maladie de Hirschsprung?).

(Nord. med. Arkiv N. F. Bd. XI. Abth. 3. I.)

Der 4jährige Pat. war bei der Geburt sehr klein und mager, sein Bauch aber sehr erweitert, zumal an den lateralen Partien; die Bauchhaut war blau verfärbt



mit gespannten, sehr erweiterten Venen. Völlige Inkontinenz scheint in den beiden ersten Lebensjahren bestanden zu haben; danach folgte eine Periode mit hochgradiger Verstopfung, in welcher Klystiere und Ricinus kaum Darmentleerungen herbeiführen konnten. Wenn solche nach Verabreichung von großen Dosen Laxantien herbeigeführt waren, schien der Bauch zusammenzufallen. Unter der Diagnose Bauchfelltuberkulose wurde Pat. in die Klinik zu Upsala aufgenommen. Eine 3wöchentliche Beobachtung bestätigte aber diese Diagnose nicht. Die Untersuchung ergab, dass ein, wahrscheinlich angeborener Bildungsfehler vorlag, und bei der Laparotomie zeigte sich eine kolossal ausgedehnte Flexura sigmoidea, welche die größte Ähnlichkeit mit einem Magen hatte. Da weder die Exstirpation der ausgedehnten Darmpartie technisch ausführbar war, noch eine andere Operation Nutzen bringen zu können schien, verblieb es bei der diagnostischen Laparotomie, welche per primam heilte. Die Krankheit wurde als eine Innervationsstörung aufgefasst, und die folgende Therapie, hauptsächlich elektrische Klysmata, mit welcher 3 Jahre lang fortgefahren wurde, brachte es so weit, dass das Kind sich fast wie normal entwickelte. Während des ganzen verflossenen Jahres soll der Knabe reguläre Darmentleerungen gehabt haben ohne Hilfe weder von Laxantien noch von Darmausspülungen. **Hansson** (Cimbrishamn).

37) **R. Stierlin.** Über Proctitis haemorrhagica.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 606.)

S. behandelte im Kantonspitale zu Winterthur einen 40jährigen Landwirth, der seit ca. 4 Jahren in wechselnder Intensität an Mastdarmblutungen litt. In letzter Zeit hatten die 3—7mal täglich erfolgten Stuhlentleerungen bei Verlust von bis $^1/_2$ Liter Blut den Pat. äußerst heruntergebracht. Die Beschwerden bestanden außer in Tenesmus in heftigem Durst und hochgradigem Schwächegefühl. Es waren weder Hämorrhoiden noch Neubildung zu finden, dagegen zeigte sich nach vorgenommener Sphinkterdehnung, dass die Schleimhaut tiefroth, weich und zerreißlich, stark aufgelockert und ähnlich einem Schwamme oder Granulationsgewebe war. Sie bildete starke Wülste und blutete bei den leichtesten Schädigungen. Nach vorläufiger Gazetamponade leitete S. ein lokal adstringirendes Behandlungsverfahren ein mittels Tanninklystieren bei gleichzeitiger innerer Darreichung von Colombo und Rad. Ratanhiae so wie flüssiger Diät. Besserung von der 3. Woche an mit baldigem Übergange in vollkommene Genesung und Herstellung völliger Arbeitsfähigkeit. S. fand für die eigenthümliche und jedenfalls sehr seltene Erkrankung nur 2 ältere gleichartige publicirte Beobachtungen von Quénu und Henoch. Der Fall des Ersten wurde mit befriedigendem Erfolge kolostomirt, Henoch's Fall wurde auch durch adstringirende Klysmen (Alaun) geheilt. Es handelt sich nur um einen gutartigen, chronisch-katarrhalischen Schleimhautentzündungsprocess, dessen Ätiologie dunkel ist. Durch Missbrauch von Abführmitteln scheint derselbe entstehen zu können. Manche Fälle von Hämatemesis ohne pathologischen Befund an den Schleimhäuten des Magens und Duodenums können zum Vergleiche mit dem Leiden herangezogen werden.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Berichtigung. Verfasser der Original-Mittheilung auf p. 441 dieses Jahrganges ist nicht Herr Dr. Braun in Neubrunn, sondern Herr Dr. Braun-Neubrunn in Wien.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 21. **Sonnabend, den 25. Mai.** **1901.**

(Aus dem Neuen Allgemeinen Krankenhause zu Hamburg-Eppendorf. I. Chirurgische Abtheilung, Oberarzt Dr. Kümmell).

Die Grenze der Pupillenreaktion gegen Licht in der Chloroformnarkose, ein einfacher Anhaltspunkt zur Erreichung des Mindestverbrauches von Chloroform.

Von

Dr. **Adolf Flockemann.**

Die richtige Stufe der Chloroformbetäubung für Operationen ist die, bei welcher der Kranke einerseits in Rücksicht auf seine durch

Krankheit und die Operation mit Vorbereitung und Nachbehandlung schon hinreichend belastete Widerstandsfähigkeit möglichst wenig von dem betäubenden Gifte bekommt, bei welcher andererseits Schmerzlosigkeit und Ruhe gewährleistet sind. Fehlen von Pressen und Brechen sind bei Bauchoperationen gradezu Bedingung.

Die letztgenannten Zustände werden fraglos geschaffen, wenn man die Betäubung bis zu einem solchen Grade fortsetzt, wie Schleich[1] es thut. Nachdem unter zunehmender Pupillenenge volle Toleranz eingetreten ist, will er die weitere Narkose in dem Stadium mittlerer Pupillenweite halten (ohne Reaktion auf Licht), welche bei weiterem Auftropfen hervorgerufen wird. »Von der Beeinflussbarkeit der Pupillenweite (durch vermehrtes Zuschütten von Chloroform Erweiterung —, durch Fortlassen der Maske engere Pupillenstellung) muss man sich fortwährend überzeugen.« Auch empfiehlt Schleich in dieser Phase die angespannteste Beobachtung des Chloroformators.

Schleich hat mit dieser Methode bei vielen Hunderten von Narkosen niemals einen üblen Ausgang gehabt. Trotzdem ist unserer Ansicht nach dringend vor diesem Stadium zu warnen. Es ist dem vollständigen Tode zu nahe, um nicht die höchste Gefahr zu bedeuten. Andererseits ist die Toleranz so gut wie immer schon im Stadium der engen und gegen Licht vollkommen unempfindlichen Pupillen vorhanden.

Dass zur Herbeiführung dieses Abschnittes der Narkose weniger Chloroform gebraucht wird, als zu dem von Schleich gewählten, ist ein kaum minder wichtiger Umstand.

Abgesehen von Müller[2], der die Pupille an der Grenze der Enge und Erweiterung im Toleranzstadium halten will, deckt sich unser Standpunkt mit dem allgemein vertretenen. Nach Kappeler[3] »soll für den Chirurgen ein Stadium paralyticum (das Stadium der erweiterten Pupillen der Autoren) nicht existiren«, da es der Lähmung der Cirkulations- und Athmungscentra unmittelbar vorausgeht und somit die größte Lebensgefahr involvirt.

Kionka[4] fordert, »die Pupillen müssen mäßig verengt sein. Eine Erweiterung der zuvor verengt gewesenen Pupillen kann bei Brechbewegungen und während des Erwachens aus der Narkose als gefahrlos angesehen werden, deutet aber sehr hohe Gefahr an, wenn diese beiden Gründe nicht vorliegen«.

Ähnlich äußert sich Hankel[5]: »Tritt an Stelle der Hirnreizung Hirnlähmung ein, so müssen die Pupillen sich natürlich erweitern. Eine Hirnlähmung kann aber nur im Augenblick großer Gefahr eintreten. — Wenn in tiefer Narkose sich die Pupillen, wenn auch

---

[1] C. L. Schleich, Schmerzlose Operationen. Berlin, Julius Springer, 1897.
[2] Joh. Müller, Anaesthetica. Berlin, Mitscher und Röstell, 1898.
[3] Anaesthetica. Deutsche Chirurgie 1880.
[4] Artikel »Narkose« in Eulenburg's Realencyklopädie 1898.
[5] Ernst Hankel, Handbuch der Inhalationsanästhetica. Leipzig, Alfred Langkammer, 1898.

nur vorübergehend, erweitern, so ist ein Lähmungszustand vorhanden, und die Narkose ist stets eine unangenehme, in der asphyktische Erscheinungen selten fehlen.«

»Die Kunst des narkotisirenden Arztes besteht darin, nach Eintritt der vollkommenen Betäubung mit der Verabreichung einer möglichst geringen Menge des Betäubungsmittels auszukommen, selbst Tropfen zu sparen«, sagt Witzel[6] in seiner höchst beherzigenswerthen Arbeit.

Die äußerste Beschränkung der Chloroformmenge, die das Toleranzstadium weiter zu unterhalten noch gestattet, so lange es die Operation verlangt, ist erreichbar, wenn man eine Beobachtung im Verhalten der Pupillen benutzt, die mir vor mehreren Jahren bei der Narkose auffiel, und die ich seitdem verwerthe.

Man kann nämlich immer feststellen, dass aus dem Stadium der Toleranz, wo die willkürlichen Muskeln erschlafft und die Pupillen mäßig eng und reaktionslos sind, das erste objektive Zeichen des Erwachens folgendes ist: Während noch die mässig enge Pupille nicht in merkbarer Weise reagirt, wenn man wie üblich nur ein Auge öffnet, so ist in diesem selben Stadium eine geringe, aber deutliche Verengerung der Sehlöcher zu erkennen, wenn man rasch die Lider beider Augen gleichzeitig erhebt. Dies Phänomen muss man als die Grenze der Pupillenreaktion auf Licht in der Chloroformnarkose bezeichnen; denn die oben erwähnten Pupillenbewegungen in Schleich's Stadium sind ja vom Lichte unabhängig.

Dies Endstadium der Lichtreaktion zeichnet sich nun dadurch aus, dass es entweder — vielleicht in der Hälfte der Fälle — noch im Bereiche der Toleranz liegt, sonst aber jedenfalls nicht weit davon entfernt ist.

Im ersteren Falle ist es bloß nothwendig, langsam weiter zu tropfen, um nicht das Erwachen noch weiter vorschreiten zu lassen. Im letzteren muss man dies etwas lebhafter thun und kann dann rasch wieder die nöthige Tiefe erreichen, so rasch, dass der Operateur nicht erst Zeit findet, ungeduldig zu werden. Man hat jetzt an der hierzu gebrauchten Chloroformmenge und Zeit einen guten Maßstab für das Tempo der Weiterverabreichung von Chloroform während des Zeitraumes, wo die Operation eine tiefe Narkose erfordert.

Manchmal kann man auch beobachten, dass Fälle der letzteren Gattung nach längerer Dauer der Narkose ihr Verhalten ändern in das der ersteren: Kranke, bei denen die Toleranz erst eingetreten war, wenn alle Reflexe fehlten und die engen Pupillen auch bei Belichtung beider Augen starr blieben, zeigen dann Toleranz bis in das Stadium der Lichtreaktionsgrenze.

Verhältnismäßig selten sind Fälle, wo der Cornealreflex noch vorhanden ist bei engen und vollständig reaktionslosen Pupillen. (Junge und weibliche Personen liefern dazu das Hanptkontingent.)

[6] Deutsche med. Wochenschrift 1894. No. 30 u. 31.

Hier liegt die Sache noch einfacher. Man braucht nur weiter zu chloroformiren bis zum Schwinden des Cornealreflexes, dann ist auch die Toleranz erreicht.

Wenn man, unter gleichzeitiger unausgesetzter Überwachung von Puls und Athmung, mit der Grenze der Pupillenreaktion mehr oder weniger nahe Fühlung behält, so erreicht man Folgendes: Der Kranke befindet sich außerhalb jeder Gefahr von Seiten des Chloroformators. Man ist im Stande, die zur Toleranz erforderliche Tiefe erst bei den letzten Handreichungen der Vorbereitung eintreten zu lassen. Jeder Zeit kann man den Kranken, wenn es gewünscht wird, rasch wieder erwachen lassen.

Die Narkose dauert nicht länger, als es für die Operation nöthig ist, und selten misslingt es, dass der Kranke nicht, wie wir fordern, spätestens bei den letzten Hautnähten erwacht oder wenigstens reagirt.

Ich habe das Phänomen, welches ich die Grenze der Pupillenreaktion gegen Licht nannte, nur beschrieben gefunden in der auf reiche praktische Erfahrung gegründeten Arbeit von Strassmann[7]. Müller[2] citirt das Phänomen unter Nennung von Strassmann. Die übrigen genannten Autoren erwähnen dieses Verhalten der Pupillen gar nicht.

Die geschilderte Nutzanwendung macht Keiner, auch Strassmann nicht. Er hält den Pat. in dem Stadium der engen und reaktionslosen Pupillen.

---

1) **K. Kovatscheva.** Blastomycètes et tumeurs.

Thèse de Nancy, 1900. 150 S.

Verf. giebt zunächst eine ins Einzelne gehende Zusammenstellung sämmtlicher bisher bekannten klinischen und experimentellen Thatsachen, welche auf einen Zusammenhang zwischen bösartigen Geschwülsten und Blastomyceten hinweisen. In einer ersten Reihe von Arbeiten handelte es sich um Fälle, bei welchen die Blastomyceten sicher nur eine Komplikation der Geschwülste, eine sekundäre Infektion oder zufällige Verunreinigung bedeuteten. In einer weiteren Reihe wurden die in den Geschwülsten vorgefundenen Elemente nach dem histologischen Befunde als Blastomyceten angesprochen. Weiterhin wurden Fälle berichtet, bei welchen die Blastomycetennatur der betreffenden Elemente auch kulturell nachgewiesen wurde. Es handelte sich hierbei um äußerst verschiedenartige Erkrankungen, einfache mechanische Trennung der Gewebe durch wachsende Blastomycetenkolonien, ferner rein entzündliche Processe, umschriebene Eiterungen, Affektionen vom Bau infektiöser Granulationsgeschwülste, und nur in einigen wenigen Berichten um echte Carcinome und

[7] Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie 1894. Bd. XXIX. Die Chloroformnarkose der Frau.

Sarkome. Die echten Geschwülste, bei welchen bisher Blastomyceten nachgewiesen wurden, traten an Zahl gegenüber den anderen Blastomycetenerkrankungen so sehr zurück, dass Verf. die Hypothese aufstellt, es habe sich in diesen Fällen um eine zufällige, specifische, durch die Blastomyceten verursachte Komplikation der bösartigen Geschwulst gehandelt. Die Blastomyceten wären also die Ursache dieser Komplikation, nicht aber des Krebses selbst. Gleiches gilt von den experimentell durch Reinkulturen oder Geschwulsttheilchen von Blastomycetengeschwülsten hervorgerufenen geschwulstartigen Bildungen. Die vom Menschen oder Thier isolirten Parasiten erzeugten nur ausnahmsweise Erkrankungen, welche mit denen, von welchen sie herstammten, identisch waren, und ferner nur ganz ausnahmsweise echte bösartige Geschwülste, deren Geschwulstnatur noch überdies von anderen Beobachtern wieder angezweifelt wurde. Verf. schließt daher aus den bisher bekannten Thatsachen, dass die Blastomyceten allerdings pathogen seien, wenigstens in bestimmten Fällen. Die Verschiedenheit der pathologischen Effekte erklärt sich durch die Verschiedenheit der bisher beschriebenen Species, deren botanische Eigenschaften Verf. genauer analysirt. In den meisten Fällen handelt es sich aber um rein entzündliche Erscheinungen, und zwar wirken die Blastomyceten meist rein mechanisch als Fremdkörper im Gewebe. Eine specifische Wirkung haben sie nicht, auch nicht die in Geschwülsten gefundenen Formen; sie rufen daher auch keine specifische Erkrankung hervor, und die bisherigen Beobachtungen sprechen nicht dafür, dass sie die Erreger des Krebses sind. (Die im Centralblatt 1900, p. 1000 referirte Arbeit von Leopold ist übrigens noch nicht berücksichtigt.)

Im 2. Theile der Arbeit berichtet Verf. über Versuche mit dem Bra'schen Krebsparasiten. Bra (Societé de biologie, November 1898 und Presse méd., Februar 1899) fand in den verschiedenartigsten Carcinomen und Sarkomen regelmäßig einen Parasiten, den er in Reinkulturen züchten und mittels dessen er bei Thieren Geschwülste vom Typus der Fibrosarkome hervorrufen konnte. Bei den Nachprüfungen, welche Verf. anstellte, ergab sich, dass der Bra'sche Parasit ein Blastomycet, der Cryptococcus ruber war. Die vom Verf. experimentell erzielten Geschwülste unterschieden sich in nichts von den auch sonst durch Blastomyceten hervorgebrachten und hatten nicht den Bau bösartiger Geschwülste. Außerdem zeigte der Parasit toxische Wirkung. Versuche mit dem Bra'schen Krebsheilserum ergaben, dass in einigen Fällen ein Stillstand der experimentell erzeugten Erkrankung eintrat, in den meisten Fällen jedoch zeigte sich eher eine Verschlimmerung. Nach diesen Versuchen kommt Verf. zu der Überzeugung, dass der Bra'sche Parasit nicht der Erreger des Krebses ist. (Genaues Litteraturverzeichnis.)

Mohr (Bielefeld).

---

2) **M. Jakowski.** Über den Einfluss der Bakterien bei Entstehung von Thrombosen der Venen.

(Gaseta lekarska 1900. No. 36 u. 37.)

Verf. gelang es auf Grund einer Reihe hübscher Thierversuche nachzuweisen, dass sich nach vorheriger Einbringung des Bacterium coli, von Typhus- oder Diphtheriebacillen in den Kreislauf stets an der Stelle, an welcher eine Verlangsamung der Blutcirkulation durch mäßigen Druck eintritt, Thromben bilden, während diese Thrombose entweder vollständig ausbleibt oder nur ausnahmsweise auftritt, wenn statt der Bakterien deren Toxine in das Blut injicirt worden waren.

Trzebicky (Krakau).

---

3) **Mühsam.** Über Holzphlegmone.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 5)

Verf. glaubt im Anschlusse an die Mittheilung eines dem von Reclus geschilderten Krankheitsbilde entsprechenden Falles, dass der Name »Holzphlegmone« die physikalische Beschaffenheit der meist auf Aktinomykose beruhenden Fälle gut charakterisire, die durch ihre Erscheinungsformen, den Verlauf, den Sitz sonst gut gekennzeichnet sind. Ein specifischer Erreger dieser Erkrankung ist bis jetzt nicht festgestellt worden.

Borchard (Posen).

---

4) **L. Kozicki.** Über den therapeutischen Werth des Antistreptokokkenserums.

(Medycyna 1901. No. 1—6.)

Verf. hat Marmorek's Serum unter Sawicki's Leitung in 9 Fällen von Erysipel, Phlegmone, Pyämie und Kindbettfieber versucht. Hiervon endeten 2 Fälle tödlich, in den übrigen erfolgte Heilung, welche aber nicht in allen Fällen dem Serum zuzuschreiben ist. Auf Grund eigener Erfahrung wie der Erfahrung anderer Chirurgen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Das gegenwärtig gebrauchte Antistreptokokkenserum wirkt zwar nicht in allen Fällen von Streptokokkeninfektion, in der Mehrzahl dieser Fälle lässt sich jedoch eine günstige Beeinflussung des Leidens konstatiren.

2) In den seltensten Fällen wird die Krankheit durch das Serum koupirt; zumeist manifestirt sich der günstige Einfluss durch Schwund der dominirenden gefahrdrohenden Symptome, wodurch dem Organismus der Kampf mit der Krankheit erleichtert wird.

3) Intoxikationssymptome wurden nach Injektion des Serums bis auf einen transitorischen Hautausschlag nicht beobachtet.

Trzebicky (Krakau).



5) H. Schuhmacher. Beitrag zur Desinficirbarkeit der Haut.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 3.)

S. stellte sich die Aufgabe, zu eruiren, in wie weit der Seifenspiritus im Stande ist, eine Tiefenwirkung bei der Hautdesinfektion zu entfalten. Die Versuche wurden derart angestellt, dass die desinficirte Haut zunächst an der Oberfläche abgeschabt wurde, um den Keimgehalt der Epidermisschuppen zu prüfen. Dann wurden $^1/_2$ qcm große Stückchen aus der ganzen Hautdicke excidirt, in Petrischalen zerkleinert und mit Agar übergossen. Es zeigte sich, dass in den oberflächlichen Hautpartien nur in der Minderheit, in den tieferen dagegen bei der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle Bakterien nachweisbar waren. Um pathogene Keime hat es sich allerdings nur ausnahmsweise gehandelt.

Honsell (Tübingen).

6) P. Reclus. De la méthode de Bier.

(Bull. de l'acad. de méd. de Paris Ann. 65. Sér. 3. No. 11.)

R. wendet sich gegen Tuffier, der die Cocaininjektionen in den Duralraum für ungefährlich zu halten scheine und das Verfahren vulgarisiren wolle; er zählt nun alle bereits bekannt gewordenen Nachtheile der Lumbalpunktion auf, die, obgleich vorübergehend, doch beunruhigend und außerordentlich lästig werden können (Temperaturen, Cephalalgie, Sphinkterenlähmung, Ataxie); vor Allem jedoch stellt er die bekannt gewordenen Todesfälle zusammen, die nach den Cocaininjektionen eingetreten sind — im ganzen 6 — veröffentlicht von Juilliard, Tuffier, Henneberg, Dumont, Goïlaw und Jonnesco. Hierzu kommen vielleicht noch 1 oder 2 Fälle, von denen amerikanische Blätter sprechen. Es stellt sich also das Verhältnis der Todesfälle zu den bisher ausgeführten Lumbalinjektionen etwa wie 6 : 2000. Die Gefährlichkeit anderer Anästhesirungsmethoden stehe hierzu in gar keinem Vergleiche, da sie für Chloroform 1 : 2300, für Äther 1 : 7000 (?) betrage, und er auf 7000 Infiltrationen lokaler Natur mittels Cocain noch keinen einzigen Todesfall beobachtet hat. Bier selbst habe das bereits völlig eingeräumt.

Christel (Metz).

7) Pitres. Ponction lombaire et effets physiologiques des injections intra-arachnoïdiennes de cocaïne.

(Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux 1901. März 3.)

Verf. berichtet zunächst über einen Pat. mit deutlichen Erscheinungen einer Hirngeschwulst, bei welchem nach Lumbalpunktion und Entleerung von etwa 20 ccm Flüssigkeit die Kopfschmerzen ganz schwanden und die Stauungserscheinungen im Augenhintergrunde sehr zurückgingen.

P. fasst sodann seine Erfahrungen über Cocainisirung des Rückenmarkes folgendermaßen zusammen: 1) Die Analgesie beginnt nicht

immer an den Füßen. 2) Eben so wenig ist die Reihenfolge des Eintritts der Analgesie, zunächst Füße, dann Unter- und Oberschenkel etc. in allen Fällen vorhanden. 3) Die obere Grenze der Analgesie wird nicht durch eine zur Körperachse senkrechte Ebene gebildet, sondern reicht hinten immer höher hinauf als vorn. Sie ist außerdem durch eine 2—5 Querfinger breite Zone verminderter Sensibilität von den normal sensiblen Theilen getrennt. **Mohr** (Bielefeld).

---

8) **Capurro.** Sul valore della plastica a tessuto muscolare striato.

(Morgagni No. 1 u. 2.)

Die experimentellen Untersuchungen C.'s ergaben, dass eine freie Einpflanzung von Lappen gestreifter Muskeln weder an Thieren derselben noch anderer Art je gelingt. Das Muskelgewebe geht meist schnell durch ischämische Nekrose zu Grunde, oder es wandelt sich in fibröses Gewebe um. Gestielte Lappen haben den Zweck der Erhaltung der Funktion des specifischen Gewebes. Diesen erreichen sie am ehesten in kleinen Lappen, die wenig gespannt sind, und deren Muskeln auf eine möglichst nahe und parallel verlaufende Muskulatur zu liegen kommen. Die Insertion an einer Aponeurose ist günstiger als die am Muskel selbst. Der Drehungswinkel soll möglichst unter einem Rechten bleiben. Dagegen sind der Sitz des Stieles und die Kontraktionsrichtung des unterliegenden Muskels im Wesentlichen gleichgültig. **Dreyer** (Köln).

---

9) **L. Zembrzuski.** Über die Resultate der inneren Urethrotomie nach Maisonneuve.

(Medycyna 1900. No. 39 und 40.)

Auf Grund eines ansehnlichen, durch Spitäler, Kliniken und Kollegen in Russisch-Polen gesammelten Materiales ist Verf. ein warmer Anhänger der inneren Urethrotomie nach Maisonneuve, von der er nie gefahrdrohende Symptome, dagegen stets vorzüglichen momentanen Erfolg beobachtet hat. (Ref. beobachtete auf seiner Abtheilung vor Kurzem einen Fall von auswärts durch einen routinirten Kollegen ausgeführter Urethrotomia interna, in welchem es nur mit äußerster Mühe gelang, den Pat. vor dem Verblutungstode zu retten.) **Trzebicky** (Krakau).

---

10) **W. Orlowski.** Über die baktericide Wirkung des Urotropins und dessen Anwendung bei Blasenkatarrh.

(Gazeta lekarska No. 12 u. 13.)

Auf Grund zahlreicher bakteriologischer Versuche kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Der Mehrzahl der Bakterien gegenüber steht die baktericide Kraft des Urotropins jener der Karbolsäure und des Sublimates

wesentlich nach, und nimmt diese Kraft bei Anwesenheit von Albuminaten noch wesentlich ab.

2) Der Harnfermentation gegenüber zeigt Urotropin starke entwicklungshemmende Eigenschaften und übertrifft in der Richtung bei Weiten Salol. In Anbetracht dessen wird durch innerlichen Gebrauch des Mittels die saure Reaktion des Harnes gesteigert, und die event. bei Cystitis vorhandene alkalische beseitigt.

In der Praxis beobachtete Verf. von dem Mittel keine üblen Nebenerscheinungen, dagegen fast immer eine hervorragend schmerzstillende Wirkung.

Trzebicky (Krakau).

---

11) **O. Rumpel.** Über die Bedeutung der Gefrierpunktsbestimmungen von Blut und Harn für die Nierenchirurgie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 3.)

R. berichtet ausführlich über die zahlreichen Untersuchungen, welche an der von Kümmell geleiteten Abtheilung des neuen Hamburger Krankenhauses über die v. Korányi'schen Gefrierpunktsbestimmungen angestellt worden sind. Dieselben haben zu folgenden Resultaten geführt:

1) Der osmotische Druck des normalen Blutes entspricht einer Herabsetzung des Gefrierpunktes von 0,56° (0,55—0,57°).

2) Ein Sinken des Blutgefrierpunktes unter 0,57° lässt auf eine vorübergehende oder dauernde Störung der Nierenfunktion schließen. Auch erhöhter Eiweißzerfall z. B. bei Geschwülsten schien den osmotischen Druck des Blutes erhöhen zu können.

3) Vor jeder Nierenoperation sollte der Blut- und Harngefrierpunkt festgestellt werden. Bei einem Blutgefrierpunkte von 0,56° kann die erkrankte Niere ohne Gefahr entfernt werden, sinkt er unter 0,58°, so ist große Vorsicht geboten.

4) Der Gefrierpunkt des normalen Urins schwankt zwischen 0,9—2,2°; dauernde Erniedrigung unter 0,9° lässt auf Niereninsufficienz schließen.

5) Die Koncentration der Sekrete beider Nieren ist normaliter bezüglich des osmotischen Druckes und des Harnstoffgehaltes annähernd gleich.

6) Die sicherste Prüfungsmethode der Nierenfunktion besteht in der physikalischen und chemischen Untersuchung der durch Harnleiterkatheterismus entleerten Sekrete beider Nieren.

Honsell (Tübingen).

---

12) **L. Stein.** Über Echinococcus der Niere.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 43.)

Die aus der Gussenbauer'schen Klinik stammende Arbeit betont unter Mittheilung eines einschlägigen geheilten Falles die außergewöhnliche Schwierigkeit einer exakten Diagnose des Nierenechinococcus. Verwechslungen mit Hydronephrose, Nierencyste, Nierenabscess, ferner mit Leber- und Ovarialcysten sind mehr als erklärlich.

Bezüglich der wichtigen Frage, ob Nephrotomie oder Nephrektomie, lässt sich Verf. von dem Befunde bei der Operation leiten, nachdem einerseits erst die Diagnose festgestellt, andererseits man darüber ins Klare gekommen ist, ob und wie viel funktionsfähige Nierensubstanz vorhanden ist. Denn auch die bloße Eröffnung und Drainage des Sackes kann an die Kräfte des Pat. große Anforderungen stellen.

Was das Vorgehen bei der Operation anlangt, so ist das Einschlagen des abdominalen Weges nach S. kein Nachtheil. Er bietet oft die einzige Möglichkeit — Angesichts der Schwierigkeit der Diagnose —, sich klare Verhältnisse zu schaffen. Sieht man, dass der Fall für bloße Eröffnung geeignet ist, so kann man nach Naht der beiden Peritonealwunden von einem Lendenschnitte aus extraperitoneal vorgehen. **Hübener** (Dresden).

13) **L. Glück.** Die Lepra der männlichen Geschlechtsorgane.

(Przegląd lekarski 1900. No. 14 u. 15.)

Auf Grund von 44 eigenen Beobachtungen von Lepra bei Männern gelangt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Die Lepra führt fast in 95% aller Fälle zu pathologischen Processen an den Geschlechtstheilen.

2) Tritt das Leiden bei jungen Individuen auf, so wird durch dasselbe vor Allem die Entwicklung der Geschlechtstheile, namentlich der Hoden, sehr wesentlich gehemmt.

3) Erfolgt die Infektion erst im reiferen Alter, so tritt frühzeitige Atrophie der Hoden und Impotenz auf.

4) Am Penis und Hodensack manifestirt sich das Leiden als Knötchen und hartes Infiltrat ohne besondere Prädilektionsstelle, jedoch mit Ausnahme des inneren Vorhautblattes, wo sie nie beobachtet wurden. Geschwürsbildungen kommen selten vor.

5) Der Hoden ist oft Sitz von charakteristischen Knoten.

6) In fast 67% aller Leprafälle kommt es zu beiderseitiger chronischer Epididymitis. **Trzebicky** (Krakau).

14) **Peyrot** et **Milian.** Pathogénie de l'hydrocèle chronique.

(Bull. de l'acad. de méd. de Paris 65. Ann. 3. Ser. No. 5.)

Die Hydrocele, die so häufig von jeder Hoden- bezw. Nebenhodenerkrankung unabhängig, im reiferen Alter (nach 50) als chronische Entzündung der Vaginalis eintritt, sollte nicht als selbständiges Leiden aufgefasst werden. Sie ist Theilerscheinung allgemeiner »Perivisceritis«, indem sich bei den gleichen Individuen meist noch Perihepatitis, Perisplenitis, Sehnenflecken des Epikards etc. finden. Verff. bezeichnen die fibrösen Verdickungen der serösen Häute als »lamelläre Fibrome«. **Christel** (Metz).

15) **R. Bergk.** Symbolae ad cognitionem genitalium externorum foemineorum. IV.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXII. No. 3.)

Mit erstaunlicher Sorgfalt und einer ganz außergewöhnlichen Gelehrsamkeit berichtet der bekannte Kopenhagener Syphilidologe über die von ihm beobachteten Formen der äußeren weiblichen Genitalien — ein Referat dieser Befunde ist natürlich nicht möglich.

Jadassohn (Bern).

---

16) **Eugène d'Herbécourt.** De la voie vaginale sans hystérectomie. Indications. Résultats opératoires.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1900.

Verf. berichtet im 1. Theile der Arbeit über anatomische Studien an Leichen bei operativem Vorgehen von der Scheide aus durch vordere, hintere Kolpotomie etc. Unter Berücksichtigung der Litteratur theilt er dann eine Reihe von Fällen mit, welche von Lejars operirt wurden. Auf Grund seiner anatomischen Studien und der vorliegenden klinischen Beobachtungen gelangt H. zu folgendem Resultate:

Die vordere oder hintere Kolpotomie ist zur Sicherung einer schwer zu stellenden Diagnose von großem Werthe. — Zum Zwecke der Drainage empfiehlt sich die hintere Kolpotomie als die beste Methode. — Die Kolpotomie kann bei Hämatocelen und bei einfachen retro-uterinen Abscessen zur definitiven Heilung führen. — Kleine, wenig verwachsene Geschwülste kann man durch vordere oder hintere Kolpotomie entfernen, für größere und verwachsene Geschwülste ist nur die Laparotomie zulässig.

Die Vaginofixation empfiehlt Verf. nicht wegen der später event. eintretenden Geburtskomplikationen; an deren Stelle empfiehlt er die Ventrofixation.

Neck (Chemnitz).

---

17) **J. Schmitt.** Beschreibung eines durch Laparotomie gewonnenen Uterusmyoms nebst Bemerkungen über das Verhältnis der Blase zur Vorderfläche von Beckengeschwülsten.

(New Yorker med. Monatsschrift 1900. No. 11.)

Verf. berichtet über 2 glücklich operirte Fälle, in denen Eierstöcke und Eileiter derartig erkrankt waren, dass sie mit dem Uterus entfernt werden mussten.

Von besonderem Interesse sind seine Ausführungen über das Verhältnis des Bauchfelles an der Vorderfläche der Blase, wenn dieselbe durch Überfüllung oder durch Uterusgeschwulst emporgehoben wird. Der Bauchfellüberzug bildet immer einen mehr oder weniger großen Raum oberhalb der Symphyse. Wird die Blase emporgehoben, so steigt sie nicht, wie dies irrthümlich häufig, auch von Kelly, beschrieben wird, zwischen der Hinterwand der Bauchdecken und parietalem Blatte des Bauchfelles in die Höhe, sondern der Theil des

Bauchfelles, welcher den Blasenscheitel bedeckt, ist so elastisch, nachgiebig und beweglich, dass »er selbst von einer bis zum Nabel reichenden Blase einfach nur eingestülpt wird. Er bildet eine Mütze über dem Scheitel der Blase und einen verschieden tiefen prävesikalen Cul de sac.«

Ähnlich verhält es sich mit der kindlichen Blase und solcher, welche den infantilen Typus, die konische Form bewahrt hat.

Tschmarke (Magdeburg).

---

18) **T. S. Cullen.** Cancer of the uterus, its pathology, symptomatology, diagnosis, and treatment, also the pathology of diseases of the endometrium. Mit 11 lithographirten Tafeln und über 300 farbigen und schwarzen Illustrationen im Texte von M. Brödel und H. Becker.

New York, **D. Appleton & Co.,** 1900. XVI. u. 693 S.

Mit dem vorliegenden Werke bezweckt C., dem praktischen Arzte eine klare Vorstellung über die frühen Zeiten des Uteruskrebses zu liefern; es soll ihn in den Stand setzen, stets auf der Hut zu sein und kein verdächtiges Symptom leicht zu nehmen. Grade beim Uteruscarcinom kommt Alles auf die Frühdiagnose an, die in den allermeisten Fällen beim Hausarzte und nicht beim Specialisten liegt. Von diesem Gesichtspunkte aus ist das vorliegende Werk abgefasst. Es ist eine Art Lehrbuch, das jedoch auf gründlicher Litteraturkenntnis und großer eigener Erfahrung basirt: 182 eigene Beobachtungen bilden die Grundlage der vorgetragenen Lehre. Die zahllosen makroskopischen und mikroskopischen Abbildungen von Präparaten sind ebenfalls durchweg diesen eigenen Beobachtungen entnommen.

C.'s Eintheilung der Uteruskrebse weicht etwas von der bei uns üblichen ab. Er unterscheidet nur 4 Gruppen:

1) Plattenepithelkrebse der Cervix,
2) Adenocarcinome der Cervix,
3) Adenocarcinome des Corpus,
4) Plattenepithelkrebse des Corpus.

Die Carcinome der Portio und die Cylinderepithelkrebse werden hierbei nicht besonders behandelt. Die Symptomatologie der einzelnen Formen wird nur kurz beschrieben. Dagegen legt C. großen Werth auf die mikroskopische Untersuchung excidirter Probestückchen. Besonders ausführlich sind die differentialdiagnostischen Kapitel abgehandelt; beim Adenocarcinom des Corpus findet sich eine Beschreibung fast aller Erkrankungen des Endometriums und deren Unterscheidungsmerkmale vom Carcinom.

Bei der Therapie werden die abdominale und vaginale Totalexstirpation eingehend und durch vorzügliche Abbildungen unterstützt beschrieben. C., als Schüler von Kelly, folgt dessen Vorschlägen, die er zum Theil wörtlich aus K.'s »Operative gynaecology«

entnommen hat. Er empfiehlt mit Pawlik u. A. die Sondirung der Harnleiter vor der Operation und erklärt sich warm für die subkutanen Kochsalzinfusionen bei Collaps und Herzschwäche. Bei der palliativen Behandlung inoperabler Carcinome wird nur die Ausschabung empfohlen, das Chlorzink und der Alkohol verworfen. Von der Thermokauterisation, den verschiedenen antiseptischen Spülungen und der neuerdings vielfach gerühmten Formalinbehandlung erwähnt C. nichts.

Das ganze Werk kann als eine werthvolle Bereicherung der gynäkologischen Lehrbücher-Litteratur bezeichnet werden. Die Ausstattung ist tadellos. Speciell die Abbildungen sind als künstlerisch schön zu bezeichnen und von einer Präcision und Plastik der Darstellung, wie man sie sonst nur in den besten medicinischen Atlanten zu finden gewohnt ist. In dieser Hinsicht können unsere Lehrbücher von den Amerikanern Manches lernen, obgleich zugestanden werden kann, dass wir in den letzten Jahren auch darin erheblich weiter gekommen sind. Das C.'sche Buch ist ohne Übertreibung als Zierde jeder gynäkologischen Bibliothek zu bezeichnen. **Jaffé** (Hamburg).

Kleinere Mittheilungen.

(Aus der Klinik des Herrn Prof. Subbotin in St. Petersburg.)

Noch ein Wiederbelebungsversuch nach Prus-Maag[1].

Von

Dr. K. D. Aglinzeff.

Am 28. März / 10. April 1901 wurde in der chirurgischen Klinik des Herrn Prof. Subbotin (in Abwesenheit des Professors) bei einem 15jährigen Knaben eine Sequestrotomie des linken Radius (wegen überstandener Osteomyelitis des genannten Knochens und nachfolgender eitriger Metastasen am rechten Trochanter major und Kniegelenke) ausgeführt. Operationsdauer 30 Minuten; ungestörter Narkosenverlauf während der ganzen Zeit; Tropfmethode; 25 ccm Schering's Chloral-Chloroform verabreicht. Es war die Chloroformmaske schon seit 5 Minuten entfernt und der Verband bereits angelegt, als plötzlich leichte Brechbewegungen eintraten, die Pupillen sich ad maximum dilatirten und der Puls verschwand. Unterdessen dauerte die Athmung noch einige Zeit lang fort, Anfangs mit ziemlich normalen, bald mit nur vereinzelten tiefen Athemzügen.

Die sofort angewandten gewöhnlichen Wiederbelebungsmaßnahmen (Hochhalten der Extremitäten, künstliche Athmung, rhythmisches Vorziehen der Zunge nach Laborde, Klopfen des Präkardium, subkutane Äthereinspritzungen) blieben erfolglos. 10 Minuten danach Tracheotomie und Fortsetzen der künstlichen Athmung; dabei war es leicht festzustellen, dass ein genügendes Ein- und Ausdringen der Luft durch die Trachealkanüle stattfand. Dieses Verfahren wurde eine halbe Stunde lang ununterbrochen durchgeführt, während Pat. völlig puls- und athemlos dalag. Da entschloss ich mich nach Berathung mit den anwesenden Kollegen, dem Beispiele Maag's zu folgen, und vollführte die Resektion der 2.—4. linken Rippenknorpel zur Freilegung des Herzens und unmittelbaren Massage desselben. Die Ausführung der Operation erforderte nicht über 2 Minuten; eine doppelte Durchtrennung geschah nur an der 4. Rippe, da die beiden oberen sammt dem

---

[1] S. d. Centralblatt 1901. No. 1.

Haut-Muskellappen leicht aufgehoben werden konnten. Der senkrechte Theil des Hautschnittes wurde 1 Querfinger entfernt vom linken Sternalrande geführt, die beiden horizontalen Theile über der 2. resp. 4. Rippe. Bei der Thoraxeröffnung wurde der linke Pleuralsack verletzt, wobei die betreffende Lunge zusammensank.

Sofort führte ich die Hand in die Wunde ein. Das völlig schlaffe, bewegungslose Herz wird sammt unverletztem Herzbeutel ohne Beschwerden umfasst und die rhythmische Kompression begonnen. Sehr bald darauf tritt selbständige Herzthätigkeit ein; sie ist rhythmisch, aber so schwach, dass nur die großen Gefäße der Brusthöhle pulsiren. Die Gesichtsfarbe des Pat. wird etwas besser. Indessen wird die künstliche Athmung nach Schüller und Silvester immer fortgeführt; aber obwohl die Luft durch die Trachealkanüle stets in gutem Strome ein- und ausdrang, kommt es zu keiner spontanen Respiration. Die Herzthätigkeit, welche Anfangs an Kraft zu gewinnen schien, wird schon nach Ablauf der ersten halben Stunde trotz energischer manueller Kompressionen bedeutend schwächer, unregelmäßig, peristaltisch und neigt zum Stillstande.

Auf diese Weise wurde eine Stunde lang gearbeitet, leider aber nichts erzielt.

Die Sektion ergab parenchymatöse und beginnende interstitielle Veränderungen am Herzmuskel. Sonst nichts Abnormes. In den Luftwegen ein wenig schaumiges Blut, durchaus keine Speisetheilchen (makro- und mikroskopisch).

Dieser Fall, welcher, so weit mir bekannt, den 2. Versuch darstellt, Prus' Ergebnisse am Menschen zu verwerthen, scheint mir folgende Bemerkungen zu erlauben:

1) Es ist sehr wahrscheinlich, dass die Erfolglosigkeit unserer Bemühungen durch den Herzzustand des Pat. zu erklären ist, welcher eine schwere pyämische Infektion mit 2 Monate langem Fieber durchgemacht hatte.

2) Ein zweifellos schweres, leider kaum zu vermeidendes Übel der Methode ist die Verletzung der Pleura mit sofortigem Pneumothorax. (Vgl. Maag, dieses Centralblatt 1901 p. 22.)

3) Das Lufteinblasen hielt ich im mitgetheilten Falle für überflüssig, zumal ja der Luftwechsel bei künstlicher Athmung in genügender Weise stattfand; übrigens beweist Maag's eigene Beobachtung, dass dieses Einblasen, wenigstens wenn es ohne besondere Maßnahmen geschieht, erheblich schaden kann.

4) Eins steht fest: die anderen Methoden unzugängliche Bekämpfung der Herzparalysis ist jetzt ersonnen. Mit der unmittelbaren Herzmassage werden auch beim Menschen Herzschläge nach Synkope herbeigeführt.

Bis jetzt wurde noch Niemand mittels des Prus-Maag'schen Verfahrens dem Tode entrissen, es scheint aber die Hoffnung berechtigt zu sein, dass die Zukunft mit technischen Fortschritten auch bessere Erfolge verspricht.

Da aber die Methode nur in solchen Fällen anzuwenden ist, wo man nichts mehr zu verlieren hat, so wäre es gewiss unberechtigt, derelben jeden Werth zu versagen.

---

19) **C. A. Ewald.** Ein Apparat zur Ölinfusion.

(Ärztliche Polytechnik 1900. December.)

Um Öl unter Druck allmählich subkutan in größerer Menge, 80—100 ccm zu infundiren, benutzt E. einen Apparat einfachster Konstruktion, dessen Bedienung sogar einem Wärter überlassen werden kann. Er besteht aus einer Flasche nach Art der Paquelin'schen und einem einfachen Gummigebläse. Das in der Flasche befindliche Öl steigt durch eine Glasröhre in die Höhe zu dem durchbohrten Korke heraus in einen Gummischlauch, an dem die Kanüle direkt ansitzt. Die in einem gewissen Zeitraume durchfließende Menge Öl wird an einer Skala abgelesen.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

20) **W. Erbslöh.** Fünf Fälle von osteoplastischem Carcinom.

(Virchow's Archiv Bd. CLXIII. p. 20.)

Bei den 3 männlichen Individuen waren nach primärem Prostatacarcinom, bei der einen Frau nach Magencarcinom, bei der anderen nach Gallenblasencarcinom

osteoplastische Knochenmetastasen aufgetreten. Diese saßen vorwiegend in der Knochenspongiosa, doch auch in der Markhöhle großer Röhrenknochen und dicht unter dem Periost. Am häufigsten wurde die Wirbelsäule befallen, und hier besonders die Lendenwirbelsäule; dann folgen die Rippen, der Oberschenkel in seinem proximalen Ende, Becken, Schädel, Brustbein, Oberarm und Radius. Weitere Metastasen wurden, mit Ausnahme eines Falles, nur noch in den Lymphdrüsen gefunden.

Innerhalb der Knochengeschwülste war stets neue Knochensubstanz angebildet, und Verf. erklärt sich dies nach einer Theorie von v. Recklinghausen, analog der Bier'schen Stauungshyperämie (Callusbildung bei Knochenfrakturen): Durch die epithelial geordneten Krebsstränge wird ein Capillarverschluss herbeigeführt, welcher eine Stauungshyperämie im Gebiete der Geschwulst zur Folge hat, und diese führt zu Neubildung von Knochen.

Das endgültige Schicksal der neugebildeten Knochensubstanz scheint das der Osteomalakie zu sein. **Fertig** (Göttingen).

21) **J. J. Grekow.** Zur Frage von den Psychosen nach Operationen.
(Annalen der russ. Chirurgie 1901. Hft. 1.)

Eine 30jährige Frau mit hereditärer psychischer Belastung wurde wegen eingeklemmten Richter'schen Bruches laparotomirt (Lokalanästhesie, Darmresektion). 9 Tage ging Alles gut, die Wunde heilte, dann entwickelte sich plötzlich eine Psychose (Amentia Meynerti nach Korssakow's Klassifikation). Verf. schließt, dass hereditäre Belastung zur Entstehung der Psychose nöthig ist; ein gesunder Mensch braucht keine Operationspsychose zu fürchten. Wichtig ist ferner der Zustand des Pat. vor, während und nach der Operation (Unruhe, Operiren am wachen Pat.). Bei solchen hereditär belasteten Pat. ist es daher besser, unter allgemeiner Narkose zu operiren, um den psychischen Chok, der zur Entstehung der Psychose genügt, zu verhüten. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

22) **P. Wulff.** Über Spontangangrän jugendlicher Individuen.
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 478.)

W. hat im israelitischen Krankenhause zu Berlin zwei einschlägige Beobachtungen gemacht und hierüber im Berliner Chirurgenverein Vortrag gehalten, dessen Inhalt bereits p. 180 unseres Blattes im laufenden Jahrgange kurz referirt ist. Die vorliegende Veröffentlichung enthält außer den genauen Krankengeschichten eingehenden Bericht über die mikroskopische Untersuchung der erkrankten Arterien und Abbildung zweier histologischer Präparate. Die an sich auffallend wenig dicken Gefäße zeichnen sich durch besonders starke Muscularisentwicklung aus, ein Verhalten, das W. auf abnorme Kontraktionszustände zurückzuführen geneigt ist. Auch die bekannte starke Schmerzhaftigkeit des Leidens ließe sich durch einen Angiospasmus recht wohl erklären. Ätiologisch wird nochmals hervorgehoben, dass die beiden betreffenden Pat. übermäßige Cigarrettenraucher waren.
Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

23) **S. Matanowitsch.** Zur Kasuistik der Spontangangrän.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 3.)

Anschließend an das kasuistische Material der Czerny'schen Klinik von 1890—1900 bespricht Verf. die verschiedenen Arten von Spontangangrän. 19 Fälle illustriren das Bild des angiosklerotischen Brandes, wovon 11 rein seniler, je 4 präseniler und diabetischer Art waren. 4 Fälle konnten auf Thrombose resp. Embolie zurückgeführt werden, also ebenfalls auf Erkrankungen des Gefäßsystems. Eine weitere Beobachtung giebt Verf. Gelegenheit, ausführlich auf die Raynaud-sche Gangrän einzugehen. Mit Weiss neigt er der Ansicht zu, dass sich das Auftreten des Brandes bei der Raynaud'schen Krankheit am leichtesten durch Zusammenwirken vasomotorischer und trophischer Störungen erklären lässt; dagegen möchte er nicht entscheiden, ob der Untergang des Gewebes durch das Ausbleiben eines direkt specifischen Nerveneinflusses oder durch eine Behinderung

der Blutcirkulation seitens der Gefäßnerven bedingt wird. — Den Schluss bilden 2 Fälle von Spontangangrän bei Kindern, von denen der eine in seiner Deutung unsicher blieb, während im anderen Lues als Ursache angenommen werden konnte.

Honsell (Tübingen).

24) **Villiger** (Basel). Zur Kasuistik des Tetanus traumaticus. Serumbehandlung.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1900. No. 24.)

Ein 11jähriges Mädchen mit schwerer Form von Tetanus — in Rücksicht auf die kurze Inkubationszeit nach Verletzung am Fuße beim Barfußlaufen und auf die Starre — aber geringer Temperatursteigerung wird vom 3. Tage ab injicirt: 10 ccm Serum, antitoxischer Werth des Serums 1:2500000000 — französischer Messung. Es wurden innerhalb 12 Tagen 11 solche Injektionen gemacht; Narkotica wurden nicht verabreicht. Die Puls- und Athmungsfrequenz, die Anfälle und die Schweißsekretion nahmen sofort ab. Es trat ein scharlachartiges Exanthem auf. Die Krankheit verlief ohne Temperaturerhöhung bei konstantem subjektiven Hitzegefühl. Eigenthümlich war die plötzliche Lösung der Starre.

P. Stolper (Breslau).

25) **Achard.** L'injection intra-rachidienne de cocaïne dans le traitement de quelques affections douloureuses.

(Soc. de neurologie de Paris 1901. T. III.)

A. wandte die Cocaïnanästhesie des Rückenmarkes bei verschiedenen neuralgischen Affektionen mit gutem Erfolge an. Die ein- bis mehrmalige Injektion überstieg nie 1 cg Cocain. Bei hartnäckiger Ischias hielt die erzielte Schmerzlosigkeit noch 2—3 Tage nach der Injektion an. **Mohr** (Bielefeld).

26) **Hinterstoisser.** Aus dem Allgemeinen Krankenhause in Teschen. Jahresberichte der chirurgischen Abtheilung 1897—99.

(Selbstverlag.)

Der vorliegende Bericht umfasst den Zeitraum von 3 Jahren und beschränkt sich im Wesentlichen auf statistische Aufzählungen aller einzelnen Fälle. Nur einige größere operative Fälle und Verletzungen sind in Form von Krankengeschichten etwas ausführlicher mitgetheilt. Über die Narkosen hat ein Assistenzarzt Karell zusammenhängend berichtet. Danach wurden von 1895—99 2804 Narkosen ausgeführt, und zwar 1824 mit Chloroform, 863 mit Äther und 117 gemischte. Es kam ein Chloroformtodesfall an primärer Herzsynkope bei einem 54jährigen, an Hämorrhoiden leidenden Manne vor. Der Tod trat innerhalb 5 Minuten im Excitationsstadium ein nach Verbrauch von 4 ccm Chloroform. Die Autopsie ergab Myodegeneratio cordis, Dilatation des rechten Ventrikels, Hypertrophia excentrica ventriculi sinistri. Im Anschlusse an Äther wurden 3mal Bronchitiden beobachtet, die jedoch günstig verliefen. 2 Fälle von Pneumonie verliefen tödlich. Ein Mann von 45 Jahren bekam eine Stunde nach Amputatio cruris Schüttelfrost, lobäre Pneumonie beiderseits, Tod am 6. Tage. Eine 38jährige Frau erkrankte nach einer Laparotomie an doppelseitiger Bronchopneumonie und starb am 16. Tage. Verf. stellt als Kontraindikation für Äther lediglich nachweisbare Erkrankungen der Luftwege und Lungen und einige Operationen am Gesichte auf. Kröpfe wurden meist mit Cocain oder Schleich'scher Infiltrationsanästhesie operirt. Verf. fordert eine genaue Erhebung des Lungenbefundes, sorgfältige Aufbewahrung eines säure- und fuselfreien Äthers in dunkler, gut verschlossener Flasche.

Tschmarke (Magdeburg).

27) **Chiene.** Erfahrungen in Südafrika.

Übersicht über einen der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft zu Edinburg am 5. December 1900 gegebenen Bericht.

(Scottish med. and surg. journ. 1901. Januar.)

C. hatte Gelegenheit, die 4 großen Krankenhäuser in der Nachbarschaft von Kapstadt zu sehen. Er spricht sich lobend über dieselben aus und glaubt auch

das in einem alten Gebäude untergebrachte, vielfach ungünstig beurtheilte von Woodstock nicht als »ungesund« bezeichnen zu dürfen. Außerordentlich anerkennend spricht er sich über die Hospital-Eisenbahnzüge aus, von denen 4 in Kapstadt und einer in Natal in Betrieb waren; eben so über die beiden in Durban ausgerüsteten, 1660 Betten enthaltenden Hospitalschiffe. Viele Verwundete mussten in gewöhnlichen Zügen transportirt werden; es war jedoch überall dafür gesorgt, dass unterwegs gekocht werden konnte, was den Verwundeten außerordentlich zu statten kam. Für die Überführung vom Zuge zum Hospital bewährten sich nach Angabe derjenigen Verwundeten, die Beides kennen gelernt hatten, Tragbaren viel besser als Wagen. Auf dem Schlachtfelde erwiesen sich die von den Buren benutzten Kapkarren den Ambulanzwagen überlegen.

Zur Narkose wurde meist Chloroform, seltener Äther verwandt. Unglücksfälle kamen nicht vor. Es war sehr auffällig, dass die während der Narkose, besonders aber die nach der Narkose beobachteten Störungen ganz geringfügig waren im Vergleiche zu den im gewöhnlichen Civildienste gemachten Erfahrungen. C. nimmt an, dass an eine Veränderung der Disposition des ganzen Nervensystems als Ursache zu denken sei. Auffallend war auch die widerstandslose Ergebung der Leute hinsichtlich der vorgeschlagenen Operationen, die vielfach geradezu den Eindruck eines »chronischen Choks« machte. Die an Sepsis und die an Dysenterie erkrankten Leute zeigten durchweg tiefe Entmuthigung mit dem Wunsche, in die Heimath zurückbefördert zu werden, während bei den Anderen Kampflust vorherrschend war.

Die Anwendung der X-Strahlen war von großem Nutzen zur Auffindung von Geschossen in den Extremitäten, weniger beim Rückgrat; bei Beckenschüssen gab die Rectaluntersuchung bessere Resultate.

Die Schusswunden zeigten bei Schüssen aus der Nähe (bis 375 m) viel zerrissenere Schusskanäle als bei Schüssen aus größerer Entfernung. Einige Fälle von Kopfschüssen mit starker Knochen- und Gehirnzertrümmerung glaubt C. auf die Verwendung von Expansionsgeschossen zurückführen zu müssen. Dagegen zeigte sich, dass die Farbe der vielfach für vergiftet gehaltenen »grünen« Geschosse auf Kupfergehalt des Nickelmantels beruhte.

C. erwähnt, dass die Gehirnvorfälle besser heilten, als es seiner sonstigen Erfahrung entsprach, und schiebt das auf die Verminderung des Schädeldruckes in Folge der meist größeren Knochenöffnungen. Darin würde ein Fingerzeig für die Behandlung bei kleinerer Knochenöffnung gegeben sein. Eine von Dr. L. Irving eingeführte Behandlungsmethode mit 5—25%igem Formalin hat sich gut bewährt. Verschiedene schwere Gehirnschüsse kamen zu vollkommener Heilung.

Bei Aneurysma arteriovenosum zwischen Carotis und Jujularis interna erwies sich die Unterbindung des zuführenden Arterienstammes als am zweckmäßigsten, während an den Extremitäten meist Freilegung und Unterbindung beider Gefäße oberhalb und unterhalb nützlicher war.

Von Interesse war ein Fall, bei dem ein Geschoss den Hals von einer Seite zur anderen durchschlagen hatte, und zwar hinter der Luftröhre und wahrscheinlich durch die Speiseröhre. Es hatte sich eine pulsirende Geschwulst so dicht oberhalb des Schlüsselbeines gebildet, dass eine Unterbindung unterlassen wurde. Der Mann bekam dann Typhus und wurde nach Hause geschickt. C. erkundigte sich später nach ihm und erfuhr, dass er »kürzlich über einen 6 Fuß hohen Wall« gesprungen sei.

Bei Lungenschüssen fehlte oft jede Spur von Blutspeien. Doch kam auch häufig Hämothorax zur Beobachtung, in Folge Verletzung von Interkostalarterien. Die meisten Ärzte hatten den Eindruck, dass bei verzögerter Aufsaugung eine Aspiration günstig wirke. Fieber wurde vielfach als ein Zeichen beginnender Aufsaugung angesehen; es würde sich um eine dem aseptischen Fieber nach größeren Operationen analoge Erscheinung handeln. Empyem kam selten vor.

In einigen Fällen von glücklich verlaufenen Brustschüssen glaubt C. aus der Lage der Einschuss- und Ausschussöffnung unbedingt schließen zu müssen, dass das Geschoss durch das Herz gegangen sei. Bauchschüsse heilten in mehreren

Fällen ohne Operation, so dass C. die Frage, ob man bei diesen Fällen operiren solle oder nicht, offen lassen zu müssen meint.

Als Folgekrankheit nach Ruhr kamen vielfach Leberabscesse in Behandlung. Wenn die von hinten vorgenommene Punktion Eiter ergab, so wurde Rippenresektion und recht ausgiebige Drainage mit gutem Erfolge angewandt.

C. schließt mit einer lobenden Anerkennung der Thätigkeit der Civilärzte in diesem Feldzuge. **W. Schultz** (Kiel).

28) **S. O. Ssamochotzki.** Methodische Drainage des kleinen Beckens durch künstlich angelegte Öffnungen im Beckendiaphragma bei diffuser Eiterung des Beckenzellgewebes.

(Annalen der russ. Chirurgie 1900. Hft. 6.)

Pat., 50 Jahre alt, leidet seit 24 Jahren an Hämorrhoidalblutungen, seit 10 Jahren an paraproktitischen Abscessen. Vor 2 Wochen entstand ein neuer Abscess, der, wohl auf metastatischem Wege, das Beckendiaphragma überschritt. Pat. wird in äußerst schlechtem Zustande eingeliefert. Freilegung des prävesikalen Raumes, der viel gangränösen Eiter mit Fetzen entleert; dann 2 Schnitte in den ischio-rektalen Falten vom M. transversus perinei bis zum Glutaeus magnus; nun werden 2 Drainröhren von der vorderen Wunde in die hinteren durch das Beckendiaphragma durchgeführt. Täglich Spülung, Silbersalze. Nach Abstoßung vieler brandiger Fetzen — Heilung. Die Methode wird von S. warm empfohlen. Zum Schlusse wird ein zweiter Fall von Beckeneiterung nach Fall von einem Wagen beschrieben: Fraktur des Os pubis rechts an 2 Stellen mit Depression ins Becken, jauchige Phlegmone des Beckenzellgewebes. Schnitt vorn, Tod nach 3 Tagen.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

29) **Kullmann und Wassidlo.** Modificirtes Valentine'sches Urethroskop.

(Centralbl. f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane Bd. XII. Hft. 1.)

30) **N. Nicolai.** Ein Beitrag zur Verbesserung der Urethroskopie nach Nitze-Oberländer.

(Ibid. Hft. 2.)

Beide Mittheilungen betreffen die Beleuchtung des Nitze-Oberländerschen Urethroskopes.

K. und W. benutzen hierzu eine kleine, von Valentine zuerst angegebene Glühlampe, welche in den Tubus gebracht und in ihm durch einen passenden Handgriff befestigt wird. Kühlung soll nicht nothwendig sein, doch fühlen sich Verff. veranlasst, zur Vorsicht zu mahnen, »da es bisher noch nicht möglich war, die Lampen regelmäßig so zu liefern, dass ihre Wärmeproduktion ignorirt werden kann«.

N. hingegen benutzt ein neues, vielleicht noch auf anderen Gebieten der Medicin verwendbares Princip — mit Thoroxyd überzogene, durch den elektrischen Strom glühend gemachte Platinschlingen. Dieselben geben (ähnlich dem Auerschen Strumpfe) ein weniger heißes, aber viel stärkeres und weißeres Licht, als gewöhnlicher Platindraht; auch sind sie starrer als letzterer und senken sich nicht. Kühlung ist nothwendig. **Brunner** (Zürich).

31) **R. Bernhardt.** Der Bacillus pyocyaneus in den Harnwegen.

(Gaz. lekarska 1900. No. 6 u. 7.)

Verf. gelang der Nachweis des Bacillus pyocyaneus in einem tödlichen Falle von Cystopyelonephritis sowohl in dem zu Lebzeiten gelassenen Urin, als auch während der Sektion in den zahlreichen Nierenabscessen. Die aus denselben gezüchteten Kulturen wurden Meerschweinchen in die Blase injicirt, nach einiger Zeit aber ohne jede Reaktion von dem Thiere eliminirt. Wurde aber die Blase der Thiere zuvor durch Sublimatinjektionen irritirt, und dann erst die Pyocyaneus-

kultur injicirt, so wurden die Thiere sichtlich krank, und die Untersuchung der Blase nach Tödtung des Thieres ergab darin das Vorhandensein von Pyocyaneusbacillen.

Verf. erklärt das Vorhandensein des Pyocyaneus in dem beschriebenen Falle als Mischinfektion; die ursprünglichen Krankheitserreger — die Eiterkokken — waren verschwunden, auf dem Boden ihrer Wirksamkeit hat sich der Pyocyaneus etablirt. **Trzebicky** (Krakau).

32) **F. Schlagintweit.** Ein neuer Prostataincisor. — Der Psychrophorkatheter. — Katheter mit Obturatoren. — Verbesserung an meinem Kathetercystoskop.

(Centralblatt f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane Bd. XII. Hft. 2.)

Von den in der Überschrift genannten neuen Instrumenten seien das erste und das letzte erwähnt, weil sie unter der großen Menge ähnlicher Erfindungen praktischen Werth haben dürften.

S. hat den Bottini'schen Incisor mit einer pistolengriffähnlichen Handhabe versehen, die es ermöglicht, das Instrument sicher festzuhalten. Die Bewegung des Messers geschieht wie bei laryngologischen Instrumenten durch Anziehen eines Ringes mit dem Zeigefinger. Bei Nachlass des Zuges führt eine Feder das Messer wieder in seine Nische zurück. Man kann mit dem Instrumente die Prostata sehr fest anhaken und während des Schneidens mit der anderen Hand im After touchiren.

Sein Kathetercystoskop (siehe Centralblatt f. Chirurgie 1900 p. 484) hat S. verbessert durch Anbringen eines seitlichen Ausflusses, in welchen ein Zweiweghahn eingesteckt werden kann, der die Ausspülung der Blase äußerst bequem macht.

Brunner (Zürich).

33) **A. König** (Wiesbaden). Beitrag zur Bottini'schen Discision der Prostata.

(Centralblatt f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane Bd. XII. Hft. 1 u. 2.)

Verf. hat die Operation 21mal ausgeführt, 1mal bei chronischer Prostatitis auf Wunsch des Pat. (eines Arztes) mit gutem Erfolge, 1mal in Folge Fehldiagnose bei Carcinom der Prostata (Tod) und 19mal bei Prostatahypertrophie. Von den letzteren Fällen sind 11 geheilt, 4 gebessert, 2 ungeheilt und 2 gestorben. Der tödliche Ausgang ereignete sich in einem Falle ca. 7 Wochen nach der Operation an immer sich wiederholenden Blutungen; im anderen Falle war ein vorderer Schnitt ausgeführt und hierbei die Blase durchschnitten worden. Es bildete sich ein Abscess im Cavum Retzii und daran anschließend Septhämie. Verf. räth desshalb von diesem Schnitte ab. **Brunner** (Zürich).

34) **F. Pendl.** Demonstration einer nach Maydl radikal operirten Blasenektopie.

Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien vom 16. November 1900.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 47.)

7jähriger Knabe mit Blasenektopie, die vor 3 Jahren mittels Plastik vergeblich angegangen war. Vorliegende Blasenschleimhaut etwa thalergroß, erodirt, Symphyse klafft 3fingerbreit, totale Epispadie.

Lospräparirung der Blase, nach Sicherung der Harnleiter durch Einlegen feiner Sonden. Resektion des überflüssigen Blasentheiles bis auf ein 5 mm breites und $1^1/_2$ cm langes Stück, in welches die Harnleiter einmünden. Erst hiernach Eröffnung des Peritoneums (wegen des Ekzems der Haut und der belegten Erosionen) vom oberen Wundwinkel aus. Längsschnitt in die Flexura sigmoidea. In diesen der Quere nach vorgezogenen Spalt Implantation des Blasenrestes mit dem Harnleiter. Die Nahtstelle blieb zum größten Theile extraperitoneal an der Spitze des zurückbleibenden Wundtrichters liegen.

In den ersten Tagen kontinuirlicher Urinabgang durch den After. Erst nach 8 Wochen ist Pat. 3—4 Stunden völlig kontinent.

Bezüglich der Erfolge des Maydl'schen Verfahrens ergeben sich aus einer neueren Statistik von Mazel 87,5% Heilungen. Diese Statistik entkräftet auch die Befürchtungen über die Gefahr der Infektion des harnleitenden Apparates. Der Klappenapparat der Harnleiter und der Umstand, dass die Vernarbungsvorgänge sich nicht unmittelbar an der Einmündungsstelle des Harnleiters abspielen, scheinen die Infektion zu erschweren.

In der Diskussion berichtet R. Frank über einen vor 2 Jahren demonstrirten, gleichfalls nach Maydl operirten Fall, von dem er günstige Nachrichten mittheilen kann. Der Pat. geht seinem Berufe nach und hat 5—6 Stunden völlige Kontinenz bei völligem Wohlbefinden. **Hübener** (Dresden).

35) R. Faltin. Ein Fall von Gangrän der vorderen Blasenwand nach Trauma (ohne Beckenfraktur).

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLII. p. 649.)

Ein 53jähriger trunkener Bauer war mit dem Wagen umgeworfen. Als er von den Vorbeifahrenden aufgenommen wurde, konnte er unbehindert gehen, fühlte aber starke Schmerzen rechts oberhalb der Symphyse. 20 Stunden nach dem Unfalle wurde er in die Klinik zu Helsingfors aufgenommen. In welcher Weise das Trauma ihn getroffen hatte, konnte er sich nicht erinnern. Es bestand totale Harnverhaltung bei heftigem Drängen.

Bei der Untersuchung konnte man die Abwesenheit einer Beckenfraktur konstatiren. Der Katheter passirte mit Leichtigkeit und entleerte eine erhebliche (leider nicht gemessene) Menge blutgemischten Harnes. Nach 2tägiger Katheterisirung spontane Harnentleerung. Temperatur und Puls stiegen aber, und nach weiteren 3 Tagen veranlasste der peinliche Harndrang erneutes Einführen des Katheters, der sehr inficirten, blutigen Urin entleerte, welcher mit rothen Blutkörperchen Staphylokokken und Diplokokken in kurzen Ketten enthielt. (In den Kulturen entwickelte sich ein weißer, verflüssigender Staphylococcus und ein großer, ovaler Streptococcus, welcher Bouillon trübte und kräftiges Wachsthum auf Gelatinestichkulturen zeigte.) — Am 8. Krankheitstage wurde die Sectio alta gemacht und dabei die vordere Blasenwand in erheblicher Ausdehnung gangränös gefunden. Die Wunde konnte nach der Entfernung der gangränösen Fetzen nicht völlig geschlossen werden. (Während der Operation wurde aus einer Armvene eine Blutprobe entnommen; sowohl aus ihr wie dem Urin wuchsen die obengenannten Staphylokokken und Streptokokken.) — Am 16. Tage starb Pat. Bei der Sektion fand man eine eitrige Infiltration des Bindegewebes und der Muskeln bis an den Nabel hinauf, des retroperitonealen und des perirectalen Bindegewebes. Der größere Theil der vorderen Blasenwand fehlte. In der rechten Lunge Pneumonie.

Verf. stellt in der Epikrise die bisher veröffentlichten Fälle von Gangrän der Blase zusammen. Am häufigsten wird sie bei Weibern angetroffen, bei Männern sehr selten.

Verf. redet der frühzeitigen Epicystotomie das Wort. Der tödliche Ausgang seines Falles hätte wahrscheinlich vermieden werden können, wenn der Blasenschnitt eine Woche früher gemacht worden wäre. **Hansson** (Cimbrishamn).

36) Reynolds. A case of vesical implantation of the ureter by Dudleys forceps: method after the failure of several plastics.

(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 4.)

Das Verfahren besteht darin, dass nach Befreiung des Harnleiterendes aus dem Narbengewebe von der Scheide aus ein kleiner Schlitz in die Blasenwand gemacht wird, dessen Ränder durch 2 Arterienklemmen mit feiner Spitze zur Anlagerung an den Harnleiter gebracht werden. Die Klemmen werden durch die Harnröhre eingeführt, eine Branche fasst die Blasenwand, auf die andere wird der Harnleiter hinaufgeschoben, dann werden sie geschlossen. Im vorliegenden

Falle trat vollkommener Erfolg ein nach 2 vergeblichen Plastiken. Cystoskopisch fand sich eine neue, feine Harnleiteröffnung, nur geringe Blasenreizung, obwohl die Klemmen 20 Tage (!) in der Blase gelegen hatten. Der Urin war Anfangs stark eiterhaltig und zersetzt, in geringem Grade auch schon vor der Operation. Die verhältnismäßig geringe Blasenreizung hält Verf. nicht für die Regel. Sein Hauptbedenken, dass durch den Druck auf die Wundränder Gangrän und danach eine weite Öffnung an Stelle der Harnleitermündung eintrete, ist nicht eingetroffen. Als großen Vortheil des Verfahrens sieht er die breite Aneinanderlagerung von Blasenwand und Harnleiter an. **Trapp** (Bückeburg).

37) **Routier.** Opération césarienne rendue nécessaire par une urétéro-cysto-néostomie antérieure.

(Indép. méd. 1901. No. 9.)

Wegen einer linksseitigen nach forcirter Zangenentbindung aufgetretenen Uretero-Vaginalfistel wurde bei der betreffenden Pat. vor 2 Jahren die Uretero-Cysto-Neostomie ausgeführt. Der Harnleiter war sehr erweitert, der Erfolg der Operation vollkommen. 1 Jahr später war wieder Schwangerschaft eingetreten, gegen deren Ende wegen Beckenenge der Kaiserschnitt mit nachfolgender Totalexstirpation (lebendes Kind) ausgeführt wurde. Dabei zeigte sich, dass der früher erweiterte Harnleiter wieder zur Norm sich verengt hatte.

Mohr (Bielefeld).

38) **H. Aue.** Zur Chirurgie der Nieren. 2 Fälle von Nephrolithiasis.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 288. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1901.)

In dem Vortrage und den Operationsgeschichten der 2 Fälle von mit Eiterung bezw. in dem einen mit Sepsis komplicirter Nephrolithiasis interessiren vor Allem die Art der Operation und die bei dieser erhobenen Befunde. Erstere wurde mittels schrägen extraperitonealen Lendenschnitten und Spaltung der Nieren längs ihren konvexem Rande ausgeführt, nach Entfernung des bei dem einen Pat. 50, bei dem anderen 108 g schweren Steines die Nierenwunde nicht vernäht, sondern locker tamponirt. Bemerkenswerth ist, dass in letzterem Falle der große Stein, ein Phosphat mit Adern von oxalsaurem Kalke, durch Röntgographie nicht nachzuweisen gewesen war, ferner, dass in dem ersten 2 Tage p. op. an Sepsis und Urämie tödlich verlaufenen die andere Niere ganz unentwickelt gefunden wurde; der in diesem Falle entleerte Eiter enthielt außer Staphylococcus aureus auch Bacterium coli. **Kramer** (Glogau).

39) **J. C. Dzirne.** Zur Behandlung der Nephrolithiasis, Hydro- und Pyonephrose.

(Annalen der russ. Chirurgie 1900. Hft. 4 u. 6.)

Nach einer ausführlichen Schilderung der oben genannten Krankheiten bringt D. 17 eigene Fälle. 4mal waren es Nierensteine, davon 2 mit Pyonephrose, 1 mit Pyelitis und Abscessus perinephriticus. Dieser letztere Fall endete tödlich in Folge Blutung aus einem Magencarcinom, die anderen 3 genasen, 1 mit Fistel. 3mal wurde die Wunde offen gelassen, 1mal die Niere genäht; 2mal wurde die Niere durchschnitten, 2mal der Nierenkelch. — 2mal perforirte ein Leberechinococcus in einen pyonephrotischen Sack, beide — sehr schwere Fälle — genasen nach Pyelotomie (1 Fall mit Echinokokkotomie). 2 Fälle von unkomplicirter Pyonephrose, beide genasen; 7 Fälle waren mit Pyonephrose komplicirt, davon starb ein Pat. an Anurie mit Urämie; eine Woche vor dem Tode entwickelte sich eine komplete Psychose; die Anurie war wohl reflektorischer Natur. Wenn man von den 2 Todesfällen absieht, die bald nach der Operation stattfanden, so wurden von 13 Niereneröffnungen 3 mit Fisteln entlassen. — Die beiden letzten Fälle betrafen eine Nierenneuralgie — Bloßlegung der Niere, Heilung — und eine Wanderniere, komplicirt mit Darminvagination; Nephropexie rechts, Besserung; ein paar Tage später neue Schmerzen nach unvorsichtiger Bewegung; die beiden oberen Nähte

sind durchgerissen, werden wieder angelegt. Der Tumor im Abdomen bleibt, wird für die linke Niere gehalten, daher letztere freigelegt und an normaler Stelle gefunden. Nun Laparotomie; man findet eine Invagination des Colon ascendens ins transversum, 17 cm lang. Es gelang, den Darm zu lösen. Heilung.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

40) **D. Pupovac.** Zur Kasuistik der Penissarkome.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 586.)

Ein Fall aus der II. chirurgischen Klinik in Wien. 47jähriger Mann, der seine Penisgeschwulst zuerst vor einem halben Jahre bemerkt hatte. Dieselbe saß damals rechterseits in der Pars pendula, war 4 cm lang, hart, bandförmig, nicht schmerzhaft und weder beim Uriniren noch beim Coïtus hinderlich. Bei der Aufnahme spindelförmige Geschwulst der Schwellkörper, weich elastisch, Harnröhre frei, Leistendrüsen aber beiderseitig inficirt. Die Operation bestand in hoher Penisamputation und Ausräumung der Leistendrüsen beiderseits, woran, da auch Schwellung der Retroperitonealdrüsen gefühlt wurde, die Laparotomie nebst Exstirpation der Drüsen entlang der Aorta geschlossen wurde. Es folgt frequenter Puls, andauerndes Erbrechen, partielles Aufplatzen der Bauchnaht, die nochmals angelegt werden muss. Tod an Peritonitis.

Die Neubildung wird näher beschrieben — vgl. 4 Abbildungen. Es handelte sich um ein Rundzellensarkom, ausgegangen von den Schwellkörpern, welches die Albuginea stellenweise durchbrochen hatte. Innere Metastasen fehlten. Das Weiterkriechen der Geschwulst scheint nur auf dem Wege der Spalten der Trabekel vor sich gegangen zu sein, ähnlich wie Küttner das für das Peniscarcinom beschrieben hat. Es scheint also im Anfange ein ganz lokalisirtes Leiden gewesen zu sein. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

41) **N. B. Carson.** The removal of the seminal vesicle.

(Transactions of the American surgical association Vol. 18.)
Philadelphia, **William J. Dornan**, 1900.

C. ist der Ansicht, dass manche Erkrankungen, welche als Prostatitis und Urethritis posterior vergeblich behandelt werden, ihren Sitz in den Samenblasen haben, und dass die Entzündung derselben nicht specifischer, d. h. gonorrhoischer, Natur zu sein braucht. Für die Operation an den Samenblasen hat sich ihm der sacrale Weg als der gangbarste erwiesen. Folgende 2 Fälle hat er operirt:

1) 30jähriger verheiratheter Farmer, der stets gesund war, bis er vor 3 Monaten eine Gonorrhoe erwarb. Nach einmonatlicher vergeblicher Behandlung mit Injektionen und inneren Mitteln Fröste, Fieber und Schweiße.

Beim Eintritt ins Hospital, 3. Januar 1899, septisches Fieber, Schwellung des linken Nebenhodens, Fistel links neben dem Scrotum am Damme, die Eiter und Urin entleert. Urin kommt auch aus dem Mastdarme. Untersuchung per rectum ergiebt ausgedehnte Infiltration oberhalb der Prostata, deren oberer Rand nicht zu erreichen ist. An der vorderen Mastdarmwand bohnengroße Öffnung, die auf Druck Eiter und Urin entleert. Prostata nur wenig vergrößert. Diagnose: Abscess der Samenblase, in Blase und Mastdarm durchgebrochen.

Perineale Operation nach Zuckerkandl, die zwar freie Drainage und Schluss der Mastdarmöffnung gestattet, aber die Exstirpation der Samenblase auf diesem Wege wegen der Induration der Gewebe unmöglich erscheinen lässt. Ausdehnung der Höhle und Öffnung in der Blase nicht festzustellen. Perinealwunde heilt bis auf die Drainstelle, Mastdarmfistel öffnet sich wieder und secernirt wie vorher. Im Mai abermals Operation an dem wiederum septischen Pat., diesmal nach Rydygier. Kolossale Abscesshöhle freigelegt, die sich an der Blase entlang erstreckt und sich in den Darm öffnet. An der Vorderseite der Blase führt ein Fistelgang auf ihre andere Seite herum. Naht der Mastdarmfistel und Drainage.

In einer 3. Sitzung Gegenöffnung in der Leiste; beim Versuche, die Öffnung in der Blase zu finden, wird diese in dem erweichten Gewebe verletzt. Heberdrainage der Blase.

Die Mastdarmfistel heilte nach der 2. Operation aus, allmählich nach der 3. auch die Perinealfistel. Pat. wurde mit der Blasenfistel entlassen und seitdem nicht wiedergesehen.

2) 22jähriger, verheiratheter Mann, litt mit 18 Jahren an Urethritis, die chronisch wurde, wurde mit tiefen Injektionen, Bougies und Trennung von Strikturen erfolglos behandelt, bis er nach einem Excess in Baccho mit reichlichem Ausfluss, Schmerz im Blasenhalse, Darme und Hoden, Tenesmus und häufiger Miktion von Neuem erkrankte, wogegen er heiße Blasenspülungen und Opiate anwandte. Er kam 5 Wochen nach Beginn dieses Anfalles in Behandlung. Prostata war etwas vergrößert, links mehr als rechts. Linke Samenblase und Ampulle vergrößert, perivesikuläre Induration über eigroß.

Ampulle und Samenblase werden ausgedrückt; die Besserung danach ist so wesentlich, dass Pat., trotz der damit verbundenen Schmerzen, bald die Wiederholung des Eingriffs verlangt. Später erkrankt die Epididymis, und es treten septische Symptome auf.

Nach Rydygier's Methode werden Samenblase und Vas deferens bis nahe zum Harnleiter exstirpirt. Gute Heilung. Urin enthielt Albumen, Eiter, Epithelien, wenige rothe und weiße Blutkörperchen, wenige degenerirte Spermatozoen und Bacterium coli, dagegen niemals Gonokokken oder Tuberkelbacillen. Mit Urinsediment geimpftes Meerschweinchen geht an Peritonitis zu Grunde, Kulturen ergeben nur Bacterium coli. **R. v. Hippel** (Dresden).

42) **F. Gross.** Zur Kasuistik der Darmlipome.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 46.)

In den letzten 40 Jahren sind 23 Fälle von Darmlipomen beschrieben, die ausnahmslos an Erwachsenen beobachtet wurden. Bezüglich des Sitzes derselben sind in 18 Fällen Angaben vorhanden: 1mal im Magen, 1mal im Duodenum, 4mal im Jejunum und Ileum, 12mal im Dickdarme.

Die äußeren sind von geringerem Interesse, es sei denn, dass durch einen langen Stiel eines subserösen Lipoms Volvulus oder Knickung einer Darmschlinge zu Stande kommt. Wichtiger sind die inneren, die stets solitär auftreten (mit Ausnahme eines Falles). Sie können durch Stielnekrose frei werden, so dass es zu Selbstheilung kommt. Häufiger kommt es zur Invagination oder Ileus. Unter den 20 Fällen inneren Sitzes fand Hiller 9mal Invaginationen. Die Diagnose wird selten gestellt, abgesehen von Fällen, in denen das Lipom durch den Mastdarm sicht — oder tastbar geworden ist.

Der mitgetheilte, im Linzer Krankenhause operirte Fall ist folgender:

47jährige Pat. wurde vor 1½ Jahren wegen Leistenbruches einer Radikaloperation nach Bassini unterzogen. 14 Tage vor dem Eintritt ins Spital erkrankt er an krampfartigen, periodisch auftretenden Schmerzen in der unteren Bauchhälfte; bald bemerkte er eine Geschwulst im Leibe, die auf starkes Drücken eben so wie die Schmerzen verschwand. Dieselbe war nur während der Schmerzanfälle bemerkbar. Durch Druck auf dieselbe konnte Pat. die Schmerzen häufig unterdrücken. Pat. verglich seinen Zustand mit der Einklemmung eines Bruches, worüber er von früher vor der Bassini'schen Operation Erfahrungen hatte.

Bei der Untersuchung ist zwischen Nabel und linkem Rippenbogen eine 10 bis 12 cm lange Resistenz zu fühlen, die weiterhin nicht immer nachzuweisen war. — Bei der Operation wurde die Geschwulst in der Gegend zwischen Milz und Pankreas gefunden, sie gehörte der linken Hälfte des Colon transversum an und konnte innerhalb des sonst normalen Darmrohres leicht hin und her geschoben werden. Nach Eröffnung des Darmes ließ sich die ungefähr hühnereigroße, meist mit rother Schleimhaut überzogene Geschwulst leicht hervordrängen und an dem mesenterialwärts sitzenden Stiele abtragen. Naht der Schleimhautwunde. Verschluss des Darmes. Heilung.

Von diagnostischem Interesse ist die aus der Anamnese hervorgehende Thatsache, dass die unter dem Gefühle der Brucheinklemmung auftretenden Kolik-

-schmerzen auf die Invagination des am Lipom hängenden Darmstückes Bezug haben, während die durch den Druck von außen bewirkte Zurückschiebung des Lipoms Behebung der Invagination und der Kolikschmerzen bewirkte.

Hübener (Dresden).

43) **G. Starck.** Zwei Fälle cystischer Pankreasgeschwülste.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 3.)

Verf. berichtet über folgende Beobachtungen:

1) Bei einer 47jährigen Frau fand sich im linken Epigastrium eine fluktuirende Geschwulst, die sich durch Druck reponiren ließ und zeitweise wieder zum Vorschein kam. Bei der Operation wurde die vom Lig. gastrocolic. bedeckte Cyste nach Vernähung der Peritonealblätter ausgelöst, wobei sich ein inniger Zusammenhang derselben mit dem Pankreas ergab. Nach der anatomischen Untersuchung handelte es sich um eine Proliferationscyste des Pankreas, die in ihrem Bau den papillären Ovarialkystomen entsprach.

2) Eine 29jährige Frau leidet seit 5 Jahren an einer Geschwulst unterhalb des Nabels. Seit einigen Tagen peritonitische Symptome. Exstirpation einer 2faustgroßen, zwischen Magen und Colon transversum gelegenen Geschwulst, wobei je ein Stück des Magens und des Colons mit entfernt werden muss. Tod am nächsten Tage. Mikroskopische Untersuchung: primäres Sarkom des Pankreas.

Anschließend werden Pathologie, klinisches Bild und Therapie der Pankreastumoren kurz besprochen.

Honsell (Tübingen).

Die Atropin-Morphin-Äthernarkose.

Von

*Dr. **Reinhard.***

Auf die Ausführungen des Herrn Dr. Braun in No. 17 dieses Centralblattes habe ich Folgendes zu erwidern.

Der von uns gebrauchte Äther ist der Aether purissimum pro narcosi Schering, der dem Merck'schen Fabrikate wohl in keiner Weise nachsteht.

Die von uns benutzte Maske ist die vielgebrauchte Juillard'sche, jedoch will ich ausdrücklich bemerken, dass wir nicht die Erstickungsmethode anwenden, sondern, mit kleinen Dosen beginnend, die Pat. erst an das Narkoticum gewöhnen.

Herrn Dr. Braun berichtet, dass seine Pat. bis zum Eintritte der Toleranz in der Regel mit Chloroform betäubt werden, dann erst wird mit Äther fortgefahren, er hat also die gemischte Chloroform-Äthernarkose im Sinne, während in meinen Ausführungen selbstverständlich immer nur die reine Äthernarkose gemeint war.

Dass Atropin »kein ganz harmloses Mittel« ist, ist bekannt. Es giebt ja noch sehr viele Mittel, die »nicht ganz harmlos« sind, die wir aber doch anwenden, wo es uns rathsam erscheint.

Übrigens sind auch die von mir vorgeschlagenen und angewandten Dosen wesentlich geringer als die bei Ileus empfohlenen und angewandten, bei denen Herr Dr. Braun die Intoxikation gesehen hat.

Außerdem ist ja in der von mir angegebenen Lösung neben dem Atropin zugleich dessen Gegengift Morphin vorhanden, die Gefahr einer Intoxikation also, wie auch unsere Resultate beweisen, kaum zu fürchten.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 22. Sonnabend, den 1. Juni. 1901.

I.

(Aus dem städtischen Krankenhause zu Hildesheim.)

Zur Äthernarkose.

Von
Dr. Ernst Becker, Oberarzt.

Von jeher ist mit dem Begriffe der »Äthernarkose« derjenige der »Lungenkomplikation« unzertrennlich verbunden gewesen. Nicht ganz mit Recht. Denn schon Gurlt[1] wies nach, dass auch dem

[1] Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1897. II. p. 205.

Chloroform mehrere Fälle von Pneumonie zur Last zu legen waren, und die letzte englische Statistik[2] spricht sich ungemein günstig gerade für die Äthernarkose aus. Immerhin muss es unser Bestreben sein, Lungenkomplikationen möglichst zu verhüten.

Dass diese Störungen aber nicht immer auf dieselbe Ursache zurückzuführen sind, hat zuerst wohl überzeugend Gerulanos[3] nachgewiesen und dabei klar gelegt, dass folgerichtig auch unsere prophylaktischen und therapeutischen Bestrebungen verschiedenartig gestaltet werden müssen. Bei der Äthernarkose findet nun bekanntlich vielfach in Luftröhre und Bronchien eine starke Schleimabsonderung statt, die das Athmen schwer und röchelnd macht, mag nun der aspirirte Mundschleim oder der Reiz des Äthers selbst oder die Einwirkung etwaiger durch Luft und Licht hervorgerufener Zersetzungsprodukte des Äthers (Bruns) Schuld daran sein. Wenn nun dagegen (Reinhard) empfohlen hat[4], etwa eine Stunde vor der Narkose dem Kranken Atropin subkutan zu injiciren, so halte ich doch die Verabfolgung dies gefährlichen Giftes mit Anderen (Braun) für nicht ganz unbedenklich.

Seit mehr als Jahresfrist habe ich nun bei fast ausschließlicher Anwendung von Äthernarkosen ein Verfahren angewandt, das ich, da es sich als zweckmäßig und nutzbringend erwiesen hat, den Fachgenossen empfehlen kann. Ich ging nämlich von dem Gedanken aus, dass es ein Mittel geben müsse, welches die Schleimsekretion der Respirationswege herabsetze, ohne — wie das Atropin — irgend welche anderen giftigen oder schädlichen Einwirkungen auf den menschlichen Körper auszuüben, und welches event. sogar geeignet wäre, bereits vorhandene Bronchitiden günstig zu beeinflussen oder eine hemmende Wirkung auf die dem aspirirten Mundsekrete beigemischten Gärungs- und Fäulnisprocesse auszuüben.

Derartige Mittel besitzen wir in den zu den Benzolderivaten gehörenden flüchtigen, ätherischen Ölen, speciell in der sauerstofffreien Gruppe derselben, den Terpenen. Ich nenne insbesondere das Terpentinöl und das Latschenöl.

Die von Rossbach[5] angestellten Thierversuche beweisen das. Wenn man nämlich auf eine begrenzte Stelle der Trachealschleimhaut Luft, die vorher durch ein Glas mit Terpentinöl geleitet worden und demnach mit Terpentindämpfen möglichst vollgeladen war, aufblies, so nahm die Schleimabsonderung immer mehr ab, hörte schließlich ganz auf, und die Schleimhaut wurde an der betreffenden Stelle ganz trocken; sobald man mit den Anblasungen aufhörte, begann die Schleimabsonderung alsbald wieder. Kontrollversuche mit Anblasung gewöhnlicher Luft in gleicher Stärke zeigten, dass in Folge

---

[2] Deutsche med. Wochenschrift 1891. Litteraturbeilage No. 15. p. 86.
[3] Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 361 ff.
[4] Centralblatt für Chirurgie 1901. p. 299.
[5] Nothnagel u. Rossbach, Handbuch der Arzneimittellehre. Berlin 1884. 5. Aufl. p. 505.

des Reizes der stärker strömenden reinen Luft die Schleimabsonderung sogar zunahm — dass also die bei den Terpentinversuchen beobachtete Trockenheit nur Folge der Terpentinbeimengung sein konnte.

Dem entsprechend findet das Terpentinöl in der inneren Medicin eine weitverbreitete und erfolgreiche Anwendung bei vielen Lungenaffektionen, namentlich bei Bronchialkatarrhen mit erschwerter Expektoration und insbesondere bei Bronchoblennorrhoen, putriden Processen und selbst Lungengangrän: die Brandhöhlen reinigen sich, der Gestank der Sputa hört auf, und es tritt Heilung ein. Wahrscheinlich beruht die günstige Wirkung darauf, dass durch die Terpentindämpfe die Fäulnispilze in ihrer Entwicklung gehemmt werden, möglicherweise auch dadurch, dass das Terpentinöl als ausgezeichneter Ozonträger in demselben Sinne wirkt.

Berücksichtigt man nun ferner, dass man Inhalationen von Terpentinöl bei diesen Erkrankungen in einer Koncentration von 1,0—20,0 auf 100,0 Wasser machen, ja selbst das Mittel in unverdünntem Zustande auf Flanellstücke geträufelt einathmen lässt, so konnte ich unbedenklich wagen, es dem Narkosenäther direkt zuzusetzen.

Aus mehr äußeren Gründen habe ich allerdings statt des Terpentinöls das ihm chemisch nahe verwandte Latschenöl (Oleum Pini Pumilionis) gewählt, weil es wohlriechender ist und von mir seit vielen Jahren zu Inhalationszwecken verwandt wird. Den Äther des Deutschen Arzneibuches beziehe ich in gut verschlossenen dunkeln Flaschen von 200 g Inhalt und setze ihm unmittelbar vor dem Gebrauche etwa 20 Tropfen (1,0 g) Latschenöl zu, welches sich sofort und leicht darin löst. Der Äther erhält dadurch einen angenehmen Geruch nach Tannenduft und wird von vielen Kranken aus diesem Grunde sehr viel lieber als der gewöhnliche Äther eingeathmet. Man kann auch unbedenklich größere Mengen hinzufügen, indessen wird dadurch der Duft nach Ansicht der meisten Menschen nicht verbessert, sondern eher strenger. Bemerkenswerth ist, dass der widerlich süßliche Geruch des Chloroforms selbst durch Zusatz großer Mengen Latschenöls nicht beeinflusst wird. Einige Versuche, die ich mit Terpentinzusatz machte, boten keinerlei Vortheil, dagegen ließ sich unschwer feststellen, dass hierdurch der stechende Äthergeruch weniger leicht als durch Latschenöl beseitigt werden konnte. Dass diese ätherischen Öle etwa den Äther für Narkosenzwecke ungeeigneter machen sollten, ist ein Einwand, der abgesehen von der Erfahrung schon durch die einfache Überlegung hinfällig wird, dass bekanntlich diese flüchtigen Verbindungen den Sauerstoff begierig aufnehmen und z. Th. ozonisiren.

Haben doch bereits im Jahre 1896 in Amerika Markoe[6] u. A. und 2 Jahre später Morton[7] durch direkte Sauerstoffzufuhr bei der

---

[6] Jahresbericht über die Fortschritte der Chirurgie Bd. II. p. 65.
[7] Jahresbericht über die Fortschritte der Chirurgie Bd. IV. p. 37.

Äthernarkose vorzügliche Betäubungen erzielt. Mithin könnten die Terpene höchstens im gleichen Sinne wirken. Hierin liegt aber keineswegs der therapeutische Werth, sondern in der Applikation ihrer harzigen Bestandtheile auf die Respirationsschleimhaut.

Wie Eingangs erwähnt, haben die Lungenkomplikationen verschiedene Ursachen; also kann es auch kein Universalmittel dagegen geben. Selbstverständlich ist die Beherrschung der Narkotisirungstechnik die Hauptsache (Braun)[8].

Mittels der vorstehend geschilderten Methode habe ich bis jetzt etwa 500 Narkosen ausführen lassen und bin mit den Ergebnissen zufrieden. Selbst bei bestehender Bronchitis, Lungentuberkulose, Empyem und Emphysem alter Leute habe ich auf die Äthernarkose mit Latschenölzusatz nicht zu verzichten brauchen und irgend welche Verschlimmerung dieser Leiden nicht beobachtet. Nur in einem Falle, bei einer 58jährigen Frau mit die Luftröhre stark komprimirender Struma, trat bereits während der Operation vermehrte Schleimabsonderung in den Luftwegen auf, die auch noch einige Tage nachher anhielt. Wenn ferner in sehr vereinzelten Fällen, zumal bei alten Leuten mit schwacher Herzthätigkeit, eine Bronchitis, die oft schon vor der Narkose bestand, auch nachher noch kurze Zeit anhielt, so kann das nicht Wunder nehmen, wenn man bedenkt, dass die inneren Kliniker diese Erkrankungen auch nicht von heute auf morgen mit Inhalationen zu beseitigen vermögen.

II.

(Aus der chirurgischen Klinik zu Breslau. Prof. Dr. v. Mikulicz.)

Cucullarisdefekt als Ursache des kongenitalen Hochstandes der Scapula[1].

Von

Dr. W. Kausch,

Privatdocent und Assistent der Klinik.

In den letzten Jahren kamen in der Breslauer chirurgischen Klinik 3 Fälle von angeborenem Schulterblatthochstand zur Beobachtung, in welchen allen die genauere Untersuchung ein Fehlen unterer Abschnitte des M. cucullaris, übrigens in sehr verschiedenem Umfange, ergab. Die Fälle glichen sonst völlig den in der Litteratur unter diesem Namen beschriebenen und galten bis zur Entdeckung des Muskeldefekts als typische Beispiele der Sprengel'schen Deformität.

---

[8] Centralblatt für Chirurgie 1901. No. 17.

[1] Der Vortrag sollte auf dem XXX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1901 gehalten werden, unterblieb indess in Folge der Überfüllung.

Außerdem hatte ich Gelegenheit, 2 analoge Fälle außerhalb der Klinik zu sehen, bin aber nicht in der Lage, dieselben eingehender zu verwerthen.

Es liegt kein Grund vor, diesen Trapeziusdefekt als sekundären aufzufassen, auch nicht, ihn als zufälligen Nebenbefund anzusehen. Da das untere Drittel des Trapezmuskels bekanntlich eine nicht unbeträchtliche, die Scapula abwärts ziehende Komponente besitzt, liegt es vielmehr nahe, den Muskeldefekt ätiologisch mit dem Hochstande des Schulterblattes in Verbindung zu bringen.

Selbstverständlich soll damit nicht gesagt sein, dass in allen Fällen von angeborenem Scapulahochstande Trapeziusdefekt die Ursache sei.

In der Litteratur, der chirurgischen wie der neurologischen, ist außer einer ätiologisch nicht verwertheten Angabe über Schwäche des unteren Cucullaris in einem Falle (Milo) nichts Analoges zu finden.

Doch erscheint es durchaus möglich, dass auch in einer Anzahl der publicirten Fälle der untere Cucullaris afficirt war. Genauere Angaben über die Intaktheit dieses Abschnittes des Muskels sind höchst selten gemacht, und es ist ferner zu bedenken, dass ein partieller Trapeziusdefekt dem neurologisch nicht Geschulten wohl entgehen kann, zumal wenn er bei der Untersuchung seine Möglichkeit nicht in Erwägung zieht, wie andererseits der Nachweis völliger Intaktheit des ganzen Trapezius auch nicht überaus leicht ist.

Die ausführliche Veröffentlichung der Krankengeschichten unserer Fälle und Besprechung der in Betracht kommenden Muskelverhältnisse, so wie der übrigen an den Fällen bemerkenswerthen Punkte (Form des Schulterblattes, Skoliose, Therapie etc.) wird in den Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie erfolgen. Hier sei nur auf die ätiologische Beziehung des erwähnten Muskeldefektes zum angeborenen Hochstande der Scapula hingewiesen.

---

1) **H. J. Scherck.** Die Gonorrhoea und unser moderner Standpunkt in der Frage der Behandlung derselben.

(New York med. Monatsschrift 1900. No. 12.)

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die Anatomie der Harnröhre bespricht Verf. die von ihm ausgeübte Therapie. Nach Ausspülung der Harnröhre mit warmem Wasser wurden 100 ccm einer Silbersalzlösung, entweder Argonin, Protargol oder Mercurol, eingespritzt, nach 5 Minuten herausgelassen und sodann eine Janetsche Spülung mit 4 Liter einer Permanganlösung 1:1000 gemacht. Diese Lösung wird allmählich stärker genommen. Nach 6—10 Tagen sind gewöhnlich die Gonokokken verschwunden. Gleichzeitig wird durch interne Behandlung eine Veränderung und Alkalisirung des Urins erstrebt. Verf. wendet dazu reichlichen Wassergenuss, besonders Lithionwasser an und ferner Diuretica. Eine Sterilisirung des Harns erzielt er mit Cystogen 0,3 mal Ol. Santal. 0,6, alle 4 Stunden

eine Kapsel. Bei Urethritis posterior macht er die Drei-Gläserprobe. Vor der Entleerung ins dritte Glas wird mit dem Finger durch den After die Prostata, resp. die Samenbläschen ausgepresst, der Urin sodann centrifugirt und untersucht. Bei chronischer Gonorrhoe macht Verf. ausgiebigen Gebrauch von dem Oberländer'schen Dilatator zur Entleerung der kleinen Drüschen der Pars pendula. Nach jeder Dilatation wird gespült. Auch hier wendet er dieselbe interne Medikation an.

Tschmarke (Magdeburg).

---

2) **F. Mayer.** Zur Bakteriologie des akuten Gelenkrheumatismus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 6.)

M. gelang es in 5 Fällen von typischem akuten Gelenkrheumatismus, aus dem Tonsillenschleim Bakterien zu züchten, welche bei den Versuchsthieren ein der menschlichen Polyarthritis ähnliches Krankheitsbild hervorrufen. Es waren dies ziemlich kleine, als Streptokokken angeordnete Diplokokken.

Borchard (Posen).

---

3) **L. Maillard.** Rheumatisme tuberculeux ou pseudo-rheumatisme infectieux d'origine bacillaire.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900. No. 88.)

M. theilt einige Fälle von Gelenkrheumatismus mit, die Anfangs unter dem Bilde des akuten Gelenkrheumatismus verliefen, auf die typische Behandlung mit Salicyl nicht besser wurden, und bei denen es schließlich in dem einen oder andern Gelenke zur Ausbildung eines Fungus kam. Verf. giebt in seiner Arbeit die Anschauungen seines Lehres Poncet über diesen Punkt wieder, welche im Kerne folgende sind: Die Tuberkulose kann, entweder durch ihren Bacillus oder durch die von ihm gelieferten Toxine, verschiedenartige Erscheinungen an den Gelenken hervorbringen. Eben so wie andere Infektionskrankheiten, z. B. Blennorrhoe, Scharlach, Typhus, Masern, Diphtherie, so kann auch das Gift der Tuberkulose eine Art Pseudorheumatismus, den sog. »tuberkulösen Rheumatismus«, hervorbringen. Einige mehr oder weniger beweisende Krankengeschichten werden zum Beleg für diese Anschauung beigegefügt.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

---

4) **H. Maass.** Über mechanische Störungen des Knochenwachsthums.

(Virchow's Archiv Bd. CLXIII. p. 185.)

Verf. hat Versuche an jungen Kaninchen gemacht und fand, dass es gelingt, durch Fixation einer Extremität in abnormer Gelenkstellung in Folge der dadurch bewirkten Änderung des intraartikulären Druckes überaus schnell und sicher das Längenwachsthum der Knochen störend zu beeinflussen. Die Beine wurden entweder

in extremer Streckstellung oder künstlicher Genu valgum-Stellung eingegipst. Nach 3—6wöchentlicher Versuchsdauer fanden sich ausnahmslos charakteristische Wachsthumsstörungen am Kniegelenksende der Tibia. Die Resultate dieser Versuche, die weder mit der Hüter-Volkmann'schen Drucktheorie völlig im Einklange stehen, noch weit weniger aber das Wolff'sche Transformationsgesetz bestätigen, werden in folgenden Sätzen zusammgefasst:

»Ein im Wachsthum befindlicher Knochen erleidet unter der Einwirkung abnormer Druck- und Zugspannungen Veränderungen sowohl seiner Gestalt als seiner Struktur. Dieselben finden sich überall da, wo das Wachsthum des Knochens vor sich ging, und erklären sich aus der rein mechanischen Wirkung der veränderten Druck- und Zugspannungen auf die physiologische Wachsthumsrichtung. Dabei erfahren die vegetativen Vorgänge der Knochenbildung keinerlei Störung, sondern die Knochenproduktion erfolgt allenthalben in physiologischen Mengen. Ein Einfluss der abnormen Druck- und Zugspannungen auf das Wachsthum im Sinne einer Atrophie bezw. Hypertrophie lässt sich nirgends erkennen.

Wie im Thierexperimente, so vollziehen sich nach des Verf. Ansicht die gleichen Vorgänge am menschlichen Skelett, sobald während des Wachsthums die physiologischen Druck- und Zugspannungen wiederholt oder dauernd Änderungen erleiden, entweder durch abnorme Wachsthumswiderstände oder dadurch, dass die Druck- und Zugfestigkeit unter ihren normalen Werth sinkt. Für die erste Voraussetzung bietet sowohl die embryonale, als die spätere Skelettentwicklung zahlreiche Beispiele (Klumpfuß, Kyphose, Skoliose, Genu valgum, paralytische Deformitäten etc.), für die zweite führt Verf. die rachitische Wachsthumsstörung als ein klassisches Beispiel an.

Verf. geht dann über zu einer genauen Betrachtung des Genu valgum und der Skoliose und findet hierbei eine vollkommene Übereinstimmung mit seinen Experimenten: denn es zeigt sich, dass auch hier die veränderten Druck- und Zugspannungen auf die vegetative Wachsthumsenergie keinerlei Einfluss üben, dass nichts mehr und nichts weniger als in der Norm gebildet wird, dass vielmehr nur die physiologische Wachsthumsrichtung durch veränderte Druck- und Zugspannungen nach den auch in der leblosen Natur gültigen mechanischen Principien gesetzmäßige Ablenkung erfährt. Die hieraus zu ziehenden Schlüsse stehen in direktem Gegensatze zu der Volkmann'schen Drucktheorie und dem Wolff'schen Transformationsgesetze: Auch bei den oben genannten Krankheiten des Skeletts erfolgt die Knochenbildung in durchaus physiologischer Menge, eine Zu- und Abnahme, sei es der Größe, sei es der Zahl der Gewebselemente findet an keiner Stelle statt. Es kommt zu scheinbaren Hypertrophien, bezw. Atrophien, die jedoch thatsächlich nur durch korrelatives Knochenwachsthum in der druckfreien Richtung vorgetäuscht werden.

In gleicher Weise werden auch die scheinbaren Hypertrophien auf der konkaven Seite wirklicher Ankylosen und winklig geheilter Frakturen erklärt.

Auch bei der zum Schlusse besprochenen Rachitis kommt Verf. bezüglich der Skelettveränderungen zu denselben Resultaten.

Fertig (Göttingen).

---

5) **B. Rossi** (Mailand). Contributo allo studio del processo di guarigione nelle fratture.

(Clinica chir. 1901. No. 1.)

In einer vorläufigen Mittheilung berichtet R. über die Resultate einer ausgedehnten Versuchsreihe Betreffs der Beschleunigung der Heilung von einfachen Knochenbrüchen unter Massagebehandlung und Kontentivverband unter frühzeitiger Mobilisirung. Es wurden 66 Experimente an Kaninchen ausgeführt: in Äthernarkose manuell ein Querbruch des mittleren Unterschenkeldrittels erzeugt, die eine Gruppe der Spontanheilung, die zweite der Heilung in einem bleibenden immobilisirenden Verbande überlassen, die dritte aber der oben erwähnten Therapie unterzogen. Von den Enderfolgen sei erwähnt: Am 3., längstens 4. Tage bei der Massagebehandlung Starrwerden des Callus, bei der immobilisirenden Behandlung frühestens am 5.; bei der ersteren Knochenhärte des Callus und Ablegen des Kontentivverbandes am 8. Tage, bei der zweiten nicht vor dem 12.—14. Den vollen Gebrauch des Gliedes erlangten die massirten Thiere um den 18. Tag, während es bei den anderen erst nach 30 und mehr Tagen der Fall war. — Die mikroskopischen Bilder entsprachen diesen klinischen Erfahrungen. — Die Naturheilung stand in ihren Erfolgen der Zeit nach zwischen den beiden Behandlungsmethoden.

J. Sternberg (Wien.)

---

6) **Pierre Delbet.** La stérilisation des mains.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900. No. 45.)

In einer an die Société de chir. gerichteten Mittheilung bekämpft D. den von Quénu so energisch befürworteten Gebrauch der Operationshandschuhe. D. hat durch die schon oft ausgeführte Versuchsanordnung (Beschmutzen der Hände mit Kulturen von aëroben und anaëroben Mikroben und Aussaat von Partikelchen der subungualen Räume vor und nach der Desinfektion) die Überzeugung gewonnen, dass er mit seiner Desinfektionsmethode vollkommene Sterilität der Hautoberfläche erreicht, so vollkommen, dass er behauptet, für jede Operation eine neue Epidermis zu erzeugen. Er legt dabei großen Werth auf sehr warmes Wasser, das nicht laufend sein soll, um eine große Koncentration der Seife zu erreichen, ferner auf eine genügend lange Einwirkung des (90%igen) Alkohols. Mit dem letzteren müssen die Hände so lange bearbeitet werden, bis die wässrige Sublimatlösung nicht mehr zu isolirten Tropfen zusammenfließt, sondern die

Haut vollkommen benetzt. Die Resultate D.'s sind eben so gut wie die Quénu's. Die Operationshandschuhe sind also entbehrlich.

In der Mittheilung D.'s wird folgende Äußerung eines angesehenen Pariser Chirurgen citirt, welche besser im Original wiedergegeben wird: Je considère un chirurgien, qui fait le toucher rectal sans protection digitale, non seulement comme un chirurgien septique, mais comme un homme sale. D. erwidert, dass diese Ansicht nicht von demjenigen gilt, der sich die Hände zu waschen versteht. So wenig angenehm die in Rede stehenden Untersuchungen auch sind — die Medicin ist eben nicht nur une noble profession, sondern auch un sale métier —, bezüglich der Infektionsgefahr kann hinzugefügt werden, dass der Mastdarminhalt den Finger nicht gefährlicher inficirt als der Osteomyelitiseiter. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

---

7) **M. Wilms.** Was leistet das Tetanusantitoxin beim Tetanus des Menschen? (Aus der Leipziger chir. Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 6.)

Den von W. mitgetheilten 4 Fällen von mit Antitoxin behandeltem Tetanus kommt eine besondere Bedeutung desshalb zu, weil in ihnen die v. Behring'schen Bedingungen bezüglich des Beginns der Behandlung in den ersten 30 Stunden und hinsichtlich der genügenden Antitoxindosis von mindestens 100 Immunitätseinheiten erfüllt worden sind. Die 4 Fälle verliefen sämmtlich, einer am 2., einer am 3., einer am 4. und einer am 6. Tage seit Beginn des Tetanus tödlich, nachdem in jedem derselben rechtzeitig mindestens 250 Immunitätseinheiten (Behring's Antitoxin), bezw. 4 000 000 Immunitätseinheiten (Tizzoni's Serum) injicirt worden waren. — Die Gründe dafür, dass einzelne Statistiken nur eine Mortalität von 39 oder 34 oder nur 28% der mit Antitoxin behandelten Tetanusfälle ausrechnen, sieht W. darin, dass eine große Reihe von chronischen Tetanusfällen mitverwerthet worden sind, die oft erst am 6. Tage oder noch später Antitoxineinspritzungen erhalten hatten und bekanntlich auch ohne solche heilen können. Dies zeigt auch ein weiterer, in der genannten Klinik beobachteter Fall, während ein anderer, erst am 3. Tage mit Serum behandelter und zur Heilung gekommener weder für, noch gegen den Werth des Antitoxins beweisend ist.

Kramer (Glogau).

---

8) **François.** La photothérapie.

(Progrès méd. belge Bd. XV. Hft. 1.)

F. theilt in der Soc. de méd. d'Anvers vom 13. December 1900 sehr beachtenswerthe Resultate der Phototherapie mit, besonders bei Lupus. Er wendet die Methode von Finsen in Kopenhagen an. Bevor die Bestrahlung in Kraft treten kann, müssen sämmtliche Krusten, am besten mit Borverbänden, entfernt werden; wenn alsdann die Knötchen freiliegen, wird die Besnier'sche Pyrogallussalbe an-

gewendet. Dann erst folgt die Bestrahlung, welche allerdings sehr viele Sitzungen erfordert. Dauer der Kur meist $^{1}/_{2}$ Jahr. Resultate unübertrefflich; die Narben sind glatt und weich. Finsen soll schon Hunderte von Fällen geheilt und keine Recidive bekommen haben. Bei Lupus erythematosus sind die Resultate schwankend. Bei kleinen Hautcarcinomen sollen gute Resultate vorliegen. Leider ist die ganze Finsen'sche Installation mit allem Zubehör sehr theuer, sie soll über 15000 ℳ kosten. In der Diskussion erwähnt F. Jacobs, dass er durch die bekannten Lichtbäder tertiäre Formen der Syphilis, welche allen Behandlungsmethoden trotzten, glatt zur Heilung brachte, wie überhaupt diese Lichtbäder auf den Stoffumsatz hervorragend einwirken und bei verschiedenen nervösen Zuständen, z. B. bei Schlaflosigkeit, sehr günstig wirken. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

---

9) **A. W. Minin.** Die Phototherapie in der Chirurgie.

(Wratsch 1900. No. 47. [Russisch.])

M. benutzte eine blaue Lampe von 16 Kerzen und 100 Volt, mit einem Reflektor, die 7—8 Zoll vom Pat. gehalten wird, event. wurde Pat. damit massirt (Revue internat. d'électrothérapie et de radiothérapie 1900, Juli). Er erzielte sehr gute Erfolge bei chronischem Ekzem, bei traumatischen Blutergüssen in die Gewebe und Gelenke, bei Erosionen, Erbrechen nicht cerebralen Ursprunges (M. empfiehlt das Mittel bei Hyperemesis gravidarum zu versuchen), bei Neuralgien, Pleuritiden, bei Ablagerung von Uraten in Wände der Vv. basilica und cephalica (sehr interessanter Fall!), bei entzündlichen Infiltraten nach Operationen. Die Wirkung ist eine doppelte: eine schmerzstillende und (in geringerem Grade) resorbirende.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

10) **A. Young.** Formaldehyde.

(Buffalo med. journ. 1901. März.)

Verf. berichtet über Heilerfolge mittels einer Formalinlösung bei Fistelbildung nach Operationen, welche jeder anderen Behandlung trotzten und nach ein- bis mehrmaliger Einführung eines mit der Lösung durchtränkten Tampons glatt ausheilten. Eben so heilten operative, der Infektion verdächtige, nach Auswischung mit der reinen Lösung sofort geschlossene Wundhöhlen (z. B. nach der Operation von Mastdarmfisteln) per primam. An Stelle der Sublimatantisepsis verwandte Verf. verdünnte Lösungen bei der Desinfektion und Naht frischer, unregelmäßiger Wunden (Dammrisse) und erzielte meist glatte Heilung. **Mohr** (Bielefeld).

---

11) **W. H. Bates.** The use of the aqueous extract of the suprarenal capsule as a haemostatic.

(New York med. record 1901. Februar 9).

Nach 6jährigem Gebrauche hält B. den Nebennierenextrakt für das wirksamste und einwurfsfreieste Hämostaticum. Blutungen von

Schleimhäuten werden lokal gestillt, aber auch der innere Gebrauch ist meist erfolgreich, und zwar in ganz kurzer Zeit. Augen-, Ohr-, Nasen-, Hals-, Harnröhren- und Gebärmutter-, so wie Magenblutungen wurden von verschiedenen Ärzten so behandelt.

Die Zubereitung besteht in der Herstellung einer Emulsion von einem Theil getrockneter und pulverisirter Drüsen mit 10 Theilen Wasser. Ganz frische Herstellung! Für Augen und Ohr muss filtrirt werden, Sterilisation durch Hitze ist zulässig. Innerlich wird einfach pulverisirte Drüse gegeben.

Verdächtig klingt der Satz: »subkutane Injektion ist nicht nöthig, weil alle Präparate sofort durch die Schleimhaut der Zunge absorbirt werden und der Erfolg in weniger als 1 Minute eintritt«.

Loewenhardt (Breslau).

---

12) **G. del Greco** (Florenz). L'emostasi preventiva nelle amputazioni.

(Clinica chir. 1901. No. 1.)

Verf. ist seit Jahren von der elastischen Konstriktion der Extremität bei der Amputation abgekommen und benutzt nur die Digitalkompression Vauzetti's während der ganzen Operation. — Außerdem führt er sämmtliche Amputationen »zu Zweit« durch. Er giebt dazu folgende Anleitungen: 1) Oberschenkel: Zwei Operateure, Einer an der Außen-, der Andere an der Innenseite stehend, führen je einen halb-elliptischen Schnitt, deren Enden sich berühren. Während der Eine die Haut zurückzieht, durchschneidet der Andere die Muskeln bis auf den Knochen. Der Erstere durchsägt (Drahtsäge) sofort das Bein. 5 oder 6 Gefäßligaturen. Tiefe Nähte in Achtertouren, Hautnaht fortlaufend. — 2) Arm: Hautschnitt zu Zweit, Einer durchtrennt dann die Muskeln, der Andere sägt. Nähte. — 3) Unterschenkel: ʌ-Schnitt unterhalb der Tuberositas tibiae durch den Ersten, dann auf beiden Seiten Verlängerung der Schenkel, bis sie sich hinten über der Wade treffen. Die Manschette wird — je auf einer Seite — bis auf die Knochen vertieft, zwei Drahtsägen in den Zwischenknochenraum gebracht und durch beide Knochen gleichzeitig geführt. Hautnaht.

J. Sternberg (Wien).

---

13) **Lambertz.** Die Perspektive in den Röntgenbildern und die Technik der Stereoskopie.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IV. Hft. 1.)

14) **B. Walter.** Über einige Verbesserungen im Betriebe des Induktionsapparates mit besonderer Berücksichtigung der Anwendung des Wehnell-Unterbrechers im Röntgenlaboratorium.

(Ibid.)

Zwei Arbeiten, die sich mit der Lösung technischer Fragen auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen beschäftigen und sich desshalb nicht

zum Referate in diesem Blatte eignen, auf die aber Ref. speciell hinweisen will, da sie für den Röntgographen von sehr großer Bedeutung sind. Ihr Studium sei hiermit angelegentlichst empfohlen.

H. Wagner (Breslau).

15) **H. Ehrenfest.** A few remarks on the use of medullary narcosis in obstetrical cases.

(New York med. record 1900. December 22).

Verf. hält für die Geburtshilfe trotz mehrfacher Empfehlungen die spinale Anästhesie sowohl als Ersatz einer nothwendigen Narkose, wie zur Schmerzbetäubung in normalen Fällen noch nicht für erprobt genug. Die uterinen Kontraktionen scheinen zwar wenig beeinflusst, aber die aktive Hilfe der Bauchpresse fehlt. Kreis publicirte u. a. 6 Fälle (Centralblatt für Gynäkologie 1900, Juni 14), Marks berichtet über 23 solche Beobachtungen (Philadelphia medical journal 1900, November 3).

Loewenhardt (Breslau).

16) **W. S. Bainbridge.** Analgesia in children by spinal injection with a report of a new method of sterilization of the injektion fluid.

(New York med. record 1900. December 15).

Nicht einwandsfrei sterilisirt Verf. die 1%ige Cocainlösung zur spinalen Anästhesie in einem Messglase durch Mischung mit Äther bis zur völligen Verdunstung. Aus dem so behandelten Pulver wird mit gekochtem Wasser eine frische Lösung hergestellt. Eucain hält er nicht für so gut. 7 Operationen bei Kindern verliefen ohne wesentliche Störungen außer bei Malum Pottii, wo aber die Lähmungserscheinungen und die Stupidität in einigen Wochen nachließ. Die Anwendung genannten Verfahrens für die einfache Circumcision (Fall V) ist etwas stark.

Loewenhardt (Breslau).

17) **Kirchmayr.** Zur Kasuistik der subkutanen Sehnenrupturen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 45.)

Im Anschlusse an einige selbstbeobachtete einschlägige Fälle wird die (22 Nummern betragende) Litteratur über diesen Gegenstand eingehend besprochen und das Ergebnis in folgenden Sätzen niedergelegt:

1) Die typischen Zerreißungen der Fingerextensoren über dem Gelenke der Endphalanx kommen durch ein Trauma zu Stande, das auf den im ersten Interphalangealgelenke gestreckten Finger so einwirkt, dass die Endphalanx forcirt gebeugt wird; ausnahmsweise führen auch anders geartete Krafteinwirkungen, auch direkte Traumen zu dieser Verletzung.

2) Subkutane isolirte Zerreißungen langer, frei gleitender Sehnen finden sich fast ausschließlich bei irgend wie degenerirter Sehne,

womit aber die Möglichkeit der Zerreißung gesunder Sehnen durch relativ übergroße Gewalten nicht geleugnet werden soll.

3) Die Ausreißungen von Endphalangen sammt der zugehörigen Beugesehne kommt als typische Verletzung dann vor, wenn eine ziehende Gewalt nach dorsaler breiter Eröffnung des anliegenden Gelenkes plötzlich oder langsam auf die Endphalanx einwirkt.

Hübener (Dresden).

---

18) **D. E. Mundell.** Note one the relation of the os magnum to tuberculosis of the wrist joint.

(Annals of surgery 1900. August.)

Verf. bespricht im Anschlusse an 3 von ihm operirte Fälle von Tuberkulose des Handgelenks, bei denen sich das Os magnum (capitatum) als der Ausgangspunkt der Erkrankung herausstellte, die erhöhte Disposition dieses Knochens für Tuberkulose im Vergleich zu derselben Erkrankung der übrigen Handwurzelknochen. Als wahrscheinliche Ursache dafür führt er an, dass das Os magnum, als Hauptknochen der Handwurzel, zuerst verknöchert wird, weiterhin durch seine Lage den Schädigungen durch drei Metacarpalknochen ausgesetzt ist. Da ferner seine Flexions- und Extensionsbewegungen viel ausgiebiger als die der übrigen Handwurzelknochen sind, so hat es in Folge der vielen ligamentösen Verbindungen, die es besitzt, eine ungleich stärkere Zugwirkung auszuhalten. Dann ist seine Bälkchenstruktur eine ungleiche, der centrale Theil zeigt weitere Maschen, dafür größeren Blutreichthum. Verletzungen treffen daher das Os magnum eher und mehr als die anderen Knochen des Handgelenkes. Aus diesen Gründen findet der Tuberkelbacillus vom Blute oder der Lymphe her hier vermuthlich einen günstigeren Angriffspunkt.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

---

19) **Kirmisson.** Les luxations soudaines de la hanche dans les périodes de debut de la coxalgie. P. Berger rapporteur.

(Bull. de l'acad. de méd. de Paris No. 44. sér. 3 ann. 64.)

Während bei vorgeschrittener Tuberkulose des Hüftgelenkes in Folge von Zerstörung der Knochen- bezw. Kapseltheile häufig nach und nach die Verrenkung sich entwickelt, giebt es auch eine Luxatio coxae im Beginne der Erkrankung. Wenige Monate, selbst wenige Wochen nach den ersten Anzeichen kann sie ohne Trauma plötzlich entstehen mit allen klassischen Zeichen der Lux. iliaca. Ihr Zustandekommen kann anders kaum als durch Distension der Kapsel in Folge Ergusses gedeutet werden. Die 5 Beobachtungen K.s kennzeichnen sich als relativ gutartige Fälle, bei denen die eingeschlagene Behandlung — Reposition, Extension, Injektionen — bald völlige Heilung brachten. Gröbere Zerstörungen dürften somit nicht vorgelegen haben.

Christel (Metz).

20) **P. Grisel.** Contribution à l'étude des malformations rachitiques du membre inférieur chez l'enfant.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1900.

G. berichtet in der vorliegenden Arbeit über die seit 1894 im Hospital Trousseau (Broca) beobachteten rachitischen Verkrümmungen der unteren Extremität.

Er fand, dass diese fast ausschließlich diaphysären Ursprungs waren. Die seitlichen Verbiegungen und die Verbiegungen nach vorn und hinten waren die gewöhnlichen Deformitäten der Gliedachse. Zu diesen gesellten sich in zweiter Linie die Abflachung des Oberschenkelknochens von vorn nach hinten, die transversale Abflachung des Schienbeins und die Drehungen der genannten Knochen um ihre vertikale Achse. Diese Drehungen waren am Oberschenkel immer nach außen erfolgt, am Schienbein eben so oft nach außen wie nach innen.

Der der Kopfepiphyse des Oberschenkels benachbarte Theil des Schenkelhalses war der häufigste Sitz bei Schenkelhalsverbiegungen.

Die obere Tibiafläche und ein Theil des oberen Tibiaschaftendes, welcher nach unten durch die Linea obliqua auf der Hinterfläche der Tibia begrenzt wird, bilden, durch die Sehnen- und Bänderansätze noch verstärkt, eine widerstandsfähige Partie gegen Verkrümmungen. Unterhalb dieser Partie kamen Krümmungen mit der Konvexität nach innen und Einknickungen von vorn nach hinten (Genu recurvatum) zur Beobachtung. Bei allen diesen Verkrümmungen soll der chirurgische Eingriff immer bis zum 6. oder 7. Jahre aufgeschoben werden. Nach dieser Zeit ist die Eburneation der Knochen eingetreten, und Recidive sind dann selten.

In früheren Jahren wird der Aufenthalt an der See empfohlen. Zu diesem Zwecke soll eine größere Anzahl Hospitäler für rachitische Kinder am Meere errichtet werden.

So lange die Knochen noch weich sind, empfiehlt Verf. auch die manuelle Geraderichtung in oberflächlicher Narkose und in einer Sitzung. Danach zur Erhaltung der Korrektur einen geeigneten Verband.

Die säbelscheidenförmigen Verkrümmungen am unteren Tibiaende mit der Konvexität nach vorn bei event. gleichzeitig bestehender seitlicher Knickung stellen die schwerste Deformitätsart dar. Hier ist eine Keilexcision angezeigt.

In denjenigen Fällen, in welchen Verkrümmungen am Oberschenkel, oder am oberen Tibiaende, oder an beiden Knochen zugleich bestehen, empfiehlt G. die Osteotomie des Femurknochens nach Macewen. Durch diese Operation wurden in den meisten Fällen die Deformitäten beseitigt.

Die Krankengeschichten von 124 Operirten theilt Verf. mit zureichender Ausführlichkeit mit. **Neck** (Chemnitz).

Kleinere Mittheilungen.

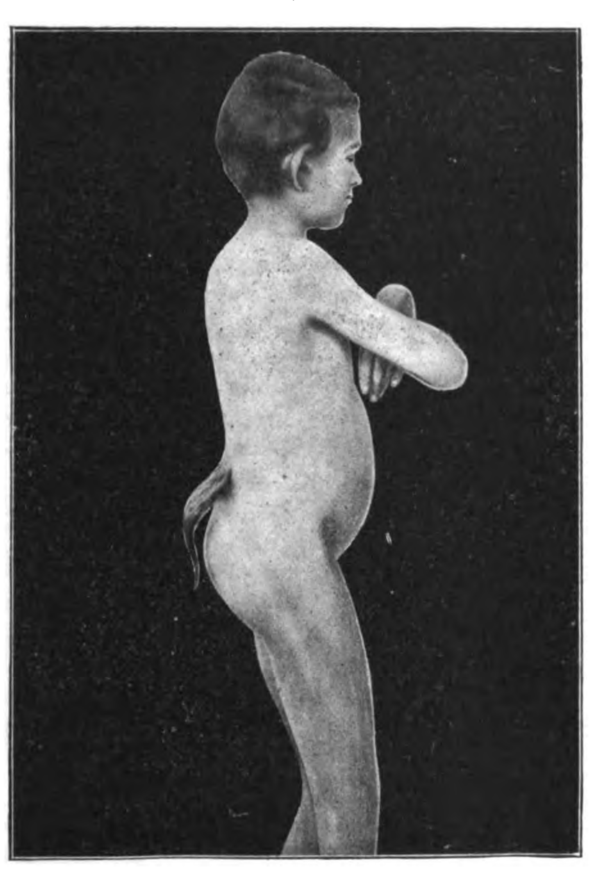
Ein Fall von Trichosis lumbalis mit Spina bifida occulta.

Von

Dr. **Kellner**, Hamburg-Eppendorf.

In mehreren der in der Litteratur beschriebenen Fälle von Trichosis lumbalis hat sich als Begleiterscheinung der übermäßigen Entwicklung der Haare in der Gegend der Lendenwirbelsäule eine Spaltung dieser selbst, eine Spina bifida, vorgefunden. Der erste derartige Fall ist von Virchow beschrieben. Es fand sich


Fig. 1.



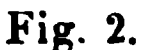
in diesem Falle ein Haarbüschel über der Lendenwirbelsäule, ferner eine Einsenkung der Haut derselben Stelle, und die Palpation wies das Fehlen eines Processus spinosus der Lendenwirbelsäule nach.

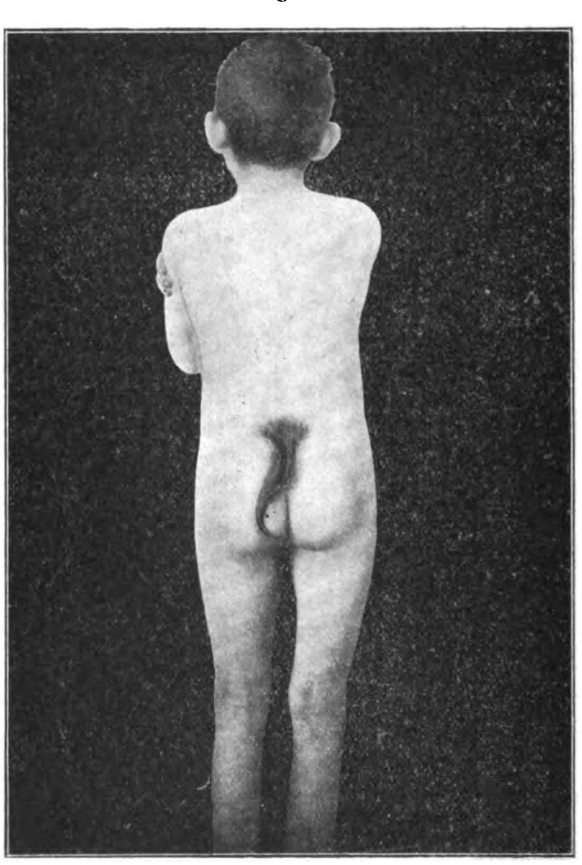
Der Fall kam zur Sektion, die eine Spina bifida der Lendenwirbelsäule feststellte. Virchow erklärt die Rückgratsspaltung durch örtlich entzündliche Processe, die zur Zeit, wo die Knochenbildung, d. h. die Bildung der Wirbelanlage noch nicht vollendet ist, eine Unterbrechung derselben herbeigeführt haben. Der-

selbe Reiz führt in der über der offenen Stelle gelegenen Haut eine Vermehrung der natürlichen Elemente derselben und dadurch den abnormen Haarwuchs herbei.

Ein 2. Fall ist in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie von der Straßburger Klinik beschrieben. Auch bei diesem Falle, der nicht zur Sektion gekommen ist, machte eine Einsenkung im Rücken und eine fühlbare Lücke in den Wirbelbogen das Bestehen einer Spina bifida im höchsten Grade wahrscheinlich.

Der von mir beobachtete Fall betrifft einen 14jährigen Knaben, der, Idiot, als Zögling in der Hamburger Idiotenanstalt zu Alsterdorf untergebracht ist. Über dem 4. und 5. Lendenwirbel so wie der oberen Partie des Kreuzbeines findet


Fig. 2.



sich bei ihm ein sehr stark entwickelter Haarwuchs. Der Umfang der behaarten Stelle beträgt 45, der Durchmesser 13 und die Länge des Haarzopfes 30 cm. Die Haut der behaarten Stelle ist völlig normal, weder verdickt noch druckempfindlich. Die Stellung der Haare ist eine gleichmäßig über die ganze Fläche vertheilte, eine Wirbelanordnung ist nicht erkennbar. Die Haare sind blond und dünn.

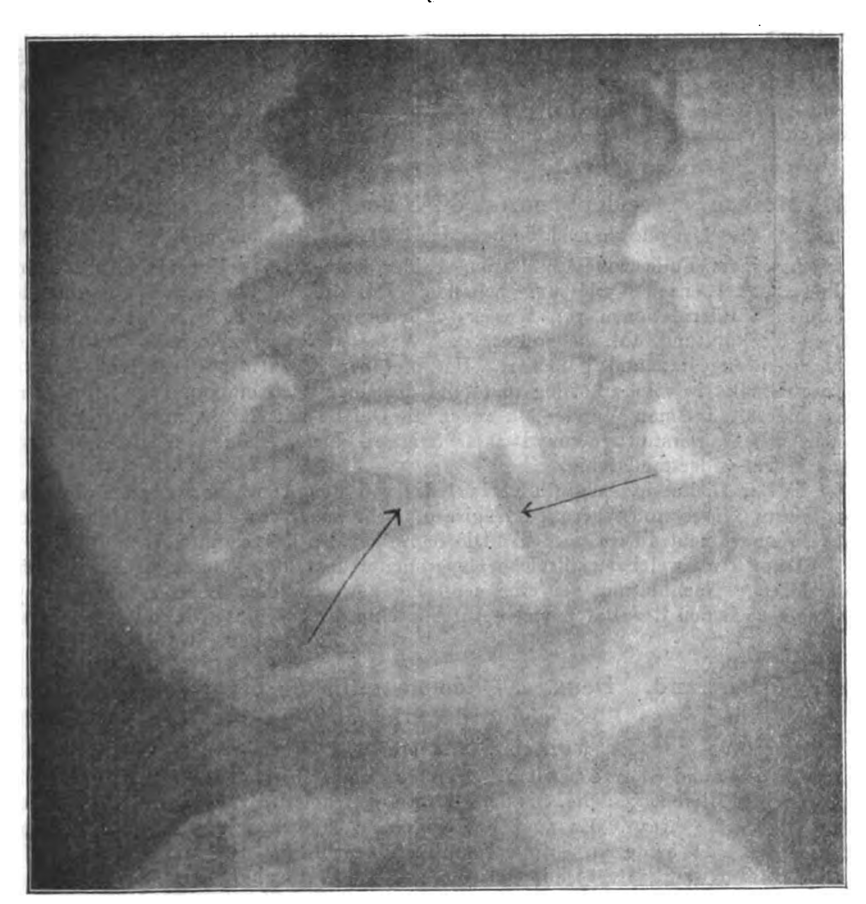
Sowohl Trichose wie Idiotie stehen in der Familie des Knaben vereinzelt da; von dem Vater habe ich erfahren, dass der Haarzopf schon bei der Geburt vorhanden war und dann in ähnlicher Weise wie das Kopfhaar gewachsen ist, so dass er häufig beschnitten wurde.

Seitdem der Knabe in den Alsterdorfer Anstalten ist, geschieht das Beschneiden natürlich nicht mehr, und der Zopf war im Laufe eines Jahres um mehrere

Zoll gewachsen. Leider hat in der letzten Zeit ein Wärter aus Sauberkeitsrücksichten ein mehrere Zoll langes Stück abgeschnitten.

Die Frage, ob auch in diesem Falle eine Spina bifida vorliege, war durch äußere Untersuchung nicht zu entscheiden, da durchaus keine Merkmale, wie bei den beiden vorhin erwähnten Fällen, zu entdecken waren. Durch eine in dem Labarotorium des Herrn Dr. Schönberg-Albers gemachte Röntgenaufnahme

Fig. 3.



der Wirbelsäule ist es nun auch in diesem Falle gelungen, eine Spaltung der Lendenwirbelsäule nachzuweisen. Der 5. Lendenwirbel ist vollständig gespalten, wie man deutlich an den zu beiden Seiten stehen gebliebenen Wirbelbogenresten sieht, der 4. Lendenwirbel ist wahrscheinlich im unteren Theile seines Bogens ebenfalls gespalten.

---

21) **Thöle.** Eine neue Äthermaske.

(Ärztliche Polytechnik 1901. Februar.)

Obige Maske besteht wie die Juillard'sche aus einem einzigen Drahtkorbe, mit welchem durch ein Scharnier ein federnder Reif verbunden ist; als Umrandung dient eine Metallrinne. T. glaubt den Anforderungen, kontinuirlich mit kleinen Dosen und genügendem Luftzutritte zu narkotisiren, gerecht werden zu können.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

22) **M. Patel.** Deux cas d'hypertrophie du tissu lymphoïde traités par la quinine.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900. No. 100.)

Der eine Fall betraf eine Megalosplenie unbekannten Ursprunges (keine Malaria), welche durch Arsenmedikation unbeeinflusst blieb, durch Chinin erheblich gebessert wurde.

Der andere Fall betraf eine allgemeine Lymphadenie (60jähriger Mann), welche auf Chinin fast ganz zurückging. In beiden Fällen wurde das Medikament 4 Wochen lang subkutan (Chinin. bichlorhydr.) und durch den Mund (täglich zusammen 1—$1^1/_2$ g!) verabreicht. P., der in der Abtheilung Jaboulay's auch bösartige und sogar gutartige Geschwülste (Lipome) unter Chinin hat zurückgehen sehen, hält die Wirkung theils für eine die pathogenen Keime zerstörende, theils für eine vasokonstriktorische und fordert zur Nachuntersuchung auf.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

23) **Moreau.** Accident mortel dû à l'emploi de l'eau oxygénée.

(Bull. de l'acad. royale de méd. de Belgique 1901. No. 1. p. 47 und No. 2. p. 112 ff.)

In einem Falle von Amputation beider Beine, links Unterschenkel, rechts Oberschenkel, nach Verletzung behandelte M. die Wunde wegen Gangrän der Lappen mit Irrigationen von Wasserstoffhyperoxyd. Am 8. Tage kam eine tödliche Nachblutung. M. behauptet, das Wasserstoffhyperoxyd habe die Katgutligaturen angeätzt und gelockert. Um hierüber Klarheit zu erhalten, legte er Katgutstücke in solche Lösung und fand dieselben nach einigen Tagen zerfressen. Er folgert, dass man Wunden, in denen die Gefäße mit Katgut unterbunden sind, nicht mit Wasserstoffhyperoxydwasser irrigiren dürfe. Seide verhält sich gegen das Mittel widerstandsfähig.

In der Diskussion sagte Thiriar, das von den Apothekern und Droguisten gelieferte Wasserstoffhyperoxyd reagire oft sehr sauer, es enthalte Salzsäure und müsse zuerst neutralisirt werden. Die Säure sei das das Katgut Angreifende.

Desguin, welcher zahlreiche Experimente anstellte, kommt zu der Ansicht, die M.'sche Nachblutung sei eine septische gewesen, dem Wasserstoffhyperoxyd komme nach den Resultaten vieler Autoren eine direkte blutstillende Wirkung zu.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

24) **L. Bertrand.** Deux cas démonstratifs de la présense du gonocoque dans le sang.

(Soc. méd. chir. d'Anvers 1900. December.)

Thayer und Blumer, Ahman, Julien und Sibut, Colombini, Panichi stellten den Micrococcus gon. aus dem Blute gonorrhoisch Erkrankter dar. B. fügt 2 weitere Fälle hinzu. Er fand ihn bei einem 30jährigen und einem 19jährigen Manne, welche beide an Tripperkomplikationen litten. Er entzog ihnen einige Tropfen Blut und säete es auf Gelatine aus. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

25) **J. Hallé.** Deux cas d'arthrite blennorrhagique chez l'enfant.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1901.)

Im ersten Falle, der ein 7jähriges Mädchen mit Vulvovaginitis betraf, war der Process im linken Sternoclaviculargelenke, im zweiten Falle (5jähriges Mädchen) im linken Hüftgelenke lokalisirt. In beiden Fällen wurde im vaginalen Eiter der Gonococcus Neisser nachgewiesen; beide heilten unter Bettruhe, feuchten Verbänden und vaginalen Ausspülungen mit Kal. permang.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

26) **Baur.** Über gonorrhoische Arthritis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 8.)

Verf. konnte in 27 Fällen 19mal Gonokokken nachweisen. Diese auffallend hohe Zahl positiver Ergebnisse schiebt er auf die verbesserten Prüfungsmethoden

(Wassermann'scher Nährboden) so wie die Auswahl ganz frischer Fälle. In keinem Falle waren nach dem 6. Erkrankungstage noch Gonokokken im Gelenke nachweisbar. In der Umgebung der Gelenke konnten niemals Gonokokken nachgewiesen werden. **Borchard** (Posen).

27) **Debaisieux.** Quelques observations d'hydrarthroses traitées par la méthode des injections phéniquées.

(Bull. de l'acad. royale de méd. de Belgique 1901. No. 2.)

D. punktirt die Ergüsse in Gelenke, spült mit steriler Kochsalzlösung aus und geht dann zu der Schede'schen Auswaschung über. Man nehme einen großkalibrigen Trokar, damit Coagula und Flocken gut herauskommen. Die 3%ige Karbollösung scheint besser zu sein, als die 5%ige. D. sah einmal Symptome von Irritation. Er berichtet über 9 Fälle, darunter rheumatische, tuberkulöse und traumatische Formen. Die Resultate waren günstig.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

28) **O. Bender.** Über chronische ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule. (Aus der Univ.-Poliklinik für orthopäd. Chirurgie in Leipzig.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 11.)

In dem mitgetheilten, einen 24jährigen Pat. betreffenden Falle besteht seit 6 Monaten unverändert eine Totalankylose der Wirbelsäule allein, als Endprodukt einer chronischen Entzündung, ohne Betheiligung anderer Gelenke. Beginn 4 Jahre vorher, zuerst im Lendentheile, allmählich nach oben fortschreitend; ohne Abnormitäten des Nervensystems; der Halstheil ist in leichter Kyphose, der Brusttheil in Streckstellung fixirt, die normale Lendenlordose fehlt ganz. Der Fall stimmt zum Theile also mit den Bechterew'schen Beobachtungen überein, unterscheidet sich von ihnen aber durch das Fehlen von Nervensymptomen, den aufsteigenden und schließlich zum Stillstande gekommenem Verlauf. Verf. nimmt an, dass es sich bei der Pat., einem anämischen, schwächlichen Mädchen, welches als Schneiderin täglich viele Stunden lang in gleicher gebückter Stellung gesessen, um eine Ossifikation des Bandapparates der Wirbelsäule, die auf rein mechanischem Wege entstanden, handele. Übrigens sind bei demselben in den letzten 2 Monaten erhebliche Besserungen unter Massage, passiven und aktiven Bewegungsversuchen eingetreten. **Kramer** (Glogau).

29) **Mertens.** Über einen atypischen Fall von Syringomyelie mit trophischen Störungen an den Knochen der Füße.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 1.)

In dem von M. mitgetheilten Falle fand sich bei einem 60jährigen Manne neben Diabetes und Zeichen alter Lues eine auffallende Verunstaltung der Füße. Die vorderen Theile derselben, insbesondere die Zehen sind klein und geschrumpft, die hinteren Abschnitte elephantiastisch verdickt; mehrfache Narben, von alten Incisionen herrührend. Röntgenbild zeigte eine enorme Zerstörung und Verbildung der Metatarsal- und Zehenknochen. Da außerdem vasomotorische Störungen, Thermanästhesie mit Analgesie und Hypanalgesie bei fast völlig normalem Tastsinn, so wie trophische Störungen auch in Haut und Muskulatur bestanden, so wird die Erkrankung wohl mit Recht auf einen syringomyelitischen Process in der Medulla spinalis zurückgeführt. Die Lokalisation des Processes, das Beschränktsein auf die beiden unteren Extremitäten, ferner die hochgradigen Knochenveränderungen dürften dem Falle ein besonderes Interesse verleihen.

Honsell (Tübingen).

30) **Sick.** Heilung eines Sarkoms des 4. Lendenwirbels.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 12.)

Vor $2^1/_2$ Jahren wurde der 42jährige Pat. wegen des Sarkoms operirt. Die Entfernung konnte keine vollständige sein. Es wurde nur eine Ausschabung vor-

genommen und Pat. in anscheinend desolatem Zustande entlassen. Zu Hause wurde er mit Arsenikinjektionen lange und intensiv behandelt, und jetzt lässt sich durch Röntgen eine völlige Heilung nachweisen. **Borchard** (Posen).

31) **H. Lorenz.** Die isolirte Fraktur des Tuberculum minus humeri.
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 593.)

Eine Beobachtung aus der I. chirurgischen Klinik in Wien.

45jähriger kräftiger Maurer, durch eine auf ihn rollende schwere eiserne Säule verletzt. Er versuchte die letztere mit adducirtem und auswärts rotirtem, dabei im Ellbogen spitzwinkelig flektirtem Arme zu pariren, doch erfasste die Säule seine Hand und brachte dadurch den Arm in forcirte Auswärtsrollung, wobei der Mann einen lauten Krach und heftigen Schulterschmerz verspürte. Die Unfallfolgen, Schwellung und Schmerz, verloren sich bei indifferenter Behandlung, doch hinterblieb eine Funktionsstörung in der Schulter, die bei der 4 Monate später erfolgten Untersuchung sich als in mangelhafter Einwärtsrotirbarkeit bei gleichzeitiger weit über die Norm hinaus ausführbarer Auswärtsrotationsfähigkeit des Oberarmes bestehend erwies. Palpatorisch zeigte sich an Stelle des kleinen Tuberkels eine scharfe Knochenzacke, die auf Druck empfindlich ist, und bei Rotationen ein mattes Crepitiren. Unterhalb des Proc. corac. ist ein bohnengroßes, etwas druckempfindliches und verschiebliches, bei Oberarmbewegungen nicht mitgehendes Knochenstück fühlbar, am Biceps und seiner Sehne nichts Abnormes. Zwei Photogramme zeigen die übermäßige Auswärts- und eingeschränkte Einwärtsrotirbarkeit des Armes.

Noch nie ist eine Fraktur dieser Art so deutlich beobachtet worden. Augenscheinlich handelte es sich um eine Abrissfraktur. L. bespricht die sehr spärlichen, zum Theil auch noch zweifelhaften Fälle. Von diesen entfallen mehrere auf Absprengungsfrakturen bei gleichzeitiger Oberarmverrenkung. Therapeutisch wird die Verletzung kaum Aussicht auf volle Genesung bieten, es sei denn, dass man sich zu einer blutigen Maßnahme mit Fixirung des Knochenfragmentes entschließt. Für die Diagnose des Bruches wird das Röntgenverfahren kaum etwas Ausschlaggebendes leisten können, da das Tuberkelfragment immer in den Schatten anderer Knochen fallen wird. **Meinhardt Schmidt** (Cuxhaven).

32) **M. H. Vegas y D. Aguilas** (Buenos Aires). Sobre transplantación de tendones.
(Rivista de la sociedad méd. argentina 1900. August.)

Verff., die in der Kinderklinik in Buenos Aires thätig sind, bringen nach einem historischen Überblicke über Sehnenplastik folgende 4 selbst beobachtete Fälle:

1) 7jähriger Knabe. War mit linksseitiger Hemiplegie aufgenommen worden; später hatte sich auch rechtsseitige Lähmung der unteren Extremität eingestellt. Beiderseits kontrakte Spitzfußstellung. Links wird die Achillessehne 3fach getheilt, das äußere Stück an Peronealsehnen, das innere an den Tibialis anticus angenäht und das mittlere, durchschnitten, frei gelassen. Rechts einfache Achillotenotomie. Zustand nach einem Monate: Links Fußwinkel 90°, aktive Beuge- und Streckbewegungen. Rechts Fußwinkel 110°, leichte Streckbewegungen, vollständige Beugebewegungen. Nach 4 Monaten: Links Winkel 60°, Beugebewegung mehr beschränkt, rechts Winkel 120°, Beugebewegungen ausgiebiger.

2) 5jähriger Knabe. Beiderseitiger Pes equino-varus. Links wird die Achillessehne in 2 Theile getrennt, der äußere an eine Peroneussehne genäht, der innere frei gelassen. Rechterseits wird eben so verfahren, aber die nicht transplantirte Hälfte der Achillessehne nicht durchschnitten. Erfolg: Links gute Fußstellung, rechts noch starke Spitzfußstellung. Etwas aktive Beweglichkeit in den Sprunggelenken. Gute Gehfähigkeit.

3) 11jähriger Knabe mit linksseitigem paralytischem Spitzfuße. Achillessehne auf Extensor digitorum communis. Resultat: Equinusstellung nicht beseitigt. Die

Zehen bewegen sich aktiv etwas. Die Fußspitze berührt beim Gehen nicht mehr den Boden.

4) 4jähriges Mädchen mit rechtsseitigem Pes equino-varus. Der äußere Theil der Achillessehne wird mit einer Extensorensehne vereinigt. Resultat: Fußstellung gut, Beugebewegungen sehr beschränkt. **G. Meyer** (Gotha).

33) **J. M. Cotteril** (Edinburg). Ein Fall von Knochenhypertrophie der Hände und des einen Fußes nach Hüftgelenksexartikulation wegen Sarkom.

(Scottish med. and surg. journ. 1901. Januar.)

Pat., 19 Jahre alt, unterzog sich im Oktober 1898 wegen Sarkoms der Knochenhaut am unteren Ende des rechten Oberschenkels einer Amputation in der Mitte des Oberschenkels. Nach einem Jahre stellte er sich mit einem geringen Recidiv am Amputationsstumpfe wieder vor. Es wurde nun die Exartikulation im Hüftgelenke gemacht; eben so wie nach der ersten Operation erfolgte glatte Heilung. Nach 3 Wochen stellte sich unter leichten Fiebererscheinungen eine Abschwächung des Athemgeräusches über dem rechten Unterlappen ein; einige Tage später zeigte sich eben daselbst auch gedämpfter Perkussionsschall. Diese Dämpfung vergrößerte sich 14 Tage lang und nahm zuletzt das ganze untere Drittel der rechten Lunge ein. Zugleich traten andauernde heftige Schmerzen in Schultern und Ellbogen auf, verbunden mit einem 2 Monate lang zunehmenden und dann aufhörenden Wachsthume der Hände und des Fußes. Die Röntgenuntersuchung ergab, dass die Gelenkenden nicht an dem Wachsthume betheiligt waren. Die Gesichtsknochen blieben durchaus unbetheiligt. Es zeigten sich keine von den sonst bei Akromegalie beobachteten Symptomen von Seiten der Schilddrüse, des Sehnerven, des Haarwuchses, der Reflexe und der Sensibilität. Der Tod erfolgte gerade 2 Jahre nach der ersten Operation. Die Lungenerscheinungen waren auf eine Sarkommetastase zurückzuführen. **W. Schultz** (Kiel).

34) **Boinet.** De la Macrodactylie.

(Bull. de l'acad. de méd. de Paris. Ann. 65. Sér. 3. No. 7.)

Diese nicht eben häufige Abnormität zeigt ein 38jähriger Mann am Mittelfinger der linken Hand, welcher 14 cm, 5 cm mehr als der rechte maß. In den Interphalangealgelenken ankylosirt, war er äußerlich normal proportionirt, auch an den Weichtheilen ohne Besonderheiten. Das beigegebene scharfe Diagramm lässt vor Allem mehrere zum Theil recht große Exostosen um die Gelenke herum erkennen.

In der Ätiologie dieses Falles spielt Heredität keine Rolle. Die Mutter behauptet, durch einen Fehler an gleicher Stelle auf einer Photographie ihres Mannes während der Schwangerschaft seelisch betroffen zu sein. **Christel** (Metz).

35) **Grünfeld.** Über einen Fall von angeborenem partiellen Riesenwuchs.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 6.)

Bei einem 6jährigen Knaben hatte sich schon bald nach der Geburt eine größere Länge der linken unteren Extremität gezeigt. Die Hypertrophie betraf nicht nur sämmtliche Knochen dieser Extremität, sondern auch die ganze linke Beckenhälfte. Eben so war die Haut der linken unteren Extremität so wie der linken Rumpfhälfte hypertrophisch. Die rechte große Zehe war in erheblicher Weise an dem Riesenwuchse betheiligt. Durch schräge Osteotomie wurde versucht, den rechten Unterschenkel zu verlängern, den linken zu verkürzen.

Borchard (Posen).

36) **W. Friedrich.** Eine interessante Entwicklungsanomalie.

(Pester med.-chir. Presse 1900. No. 52.)

Beschreibung einer Hand, bei welcher das Röntgenbild nur 5 Handwurzelknochen nachweisen konnte. Os hamatum, triquetrum, capitatum bilden einen

Knochen. Von den Metacarpalknochen besteht der mittlere aus 2 knorpelig verbundenen Theilen. Der 1. Phalanx ist überall die 3. unmittelbar aufgesetzt, nur am Zeigefinger findet sich ein Rudiment der 2. Phalanx.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

37) **M. Brod.** Zur Kasuistik der Daumenluxationen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 1.)

Bei einem 11jährigen Knaben war durch Fall auf die Volarfläche der linken Hand eine Luxatio complexa pollicis entstanden. Die Reposition gelang auf blutigem Wege nach Exstirpation des interponirten radialen Sesambeines. Heilung.

Honsell (Tübingen).

38) **Lessing.** Traumatische, subkutane Ruptur einer Fingerbeugesehne in ihrer Kontinuität.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 1.)

Die vom Verf. mitgetheilte Ruptur einer Fingerbeugesehne war bei einem kräftigen, 52jährigen Manne durch Fall auf die vorgestreckte Hand entstanden. Pat. konnte sofort das Nagelglied des Ringfingers nicht mehr beugen; in der Höhe des Grundgelenkes fühlte man einen Wulst, der dem abgerissenen centralen Sehnenende entsprach, davor eine seichte Vertiefung. Freilegung, Naht. — In der Litteratur sind bisher nur 3 analoge Beobachtungen verzeichnet.

Honsell (Tübingen).

39) **Amson.** Zur unblutigen Einrenkung der angeborenen Hüftverrenkung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 6.)

In der Wolff'schen Klinik wurde dieselbe bei 159 Kranken mit 216 verrenkten Hüften unternommen. Man kann schon bei 15 Monate alten Kindern, wenn man dieselben bezüglich der Reinlichkeit genau überwachen lässt, die Methode ausüben, was desshalb so wichtig ist, weil die Einrenkung leichter gelingt und einen idealeren Erfolg verspricht. Seit Ende 1898 sind 7 Kinder unter 2 Jahren behandelt. Dieselben sind anatomisch wie funktionell ideal geheilt.

Borchard (Posen).

40) **Sudeck.** Coxa vara.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 12.)

Die Abbiegung des Schenkelhalses nach hinten ist durch redressirende Verbände einer Besserung fähig. Verf. hat in einem Falle durch Gipsverbände, in einem anderen durch forcirte Redression mit Spiralfraktur des Oberschenkels, in einem dritten durch entsprechende Bandagen Besserungen erreicht.

Borchard (Posen).

41) **X. Delore.** Arthrite suppurée consécutive à une plaie pénétrante de l'articulation du genou gauche. Arthrotomie. Guérison.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900. No. 72.)

Ein schönes Beispiel der konservirenden Methode. Trotz 40° Fieber und Streptokokken im Eiter wurden nur 2 Seitenschnitte gemacht, aus denen sich 1 Glas Eiter entleerte. Drainage. Heilung ohne Zwischenfall, mit Steifigkeit des Knies. Die Gutartigkeit der Affektion erklärt sich vielleicht aus der geringen Virulenz der Kokken, deren Einimpfung bei Thieren nur sehr geringfügige Erscheinungen machte. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

42) **Ballenghien.** Contribution à l'étude du traitement de l'hydrarthrose chronique du genou.

(Bull. de l'acad. royale de méd. de Belgique 1901. No. 2.)

B. hat in 3 Fällen die Schede'schen Karbolausspülungen mit gutem Erfolge angewendet. In dem einen Falle ließ er 200 g 5%iger Lösung 1/4 Stunde lang



im Knie, ohne Karbolurin zu bekommen. In einem anderen ließ er 115 g, im 3. 30 g 1/4 Stunde lang in dem Gelenke, ehe er dieselben aspirirte. Beim Aspiriren erzielte er stets mehr Flüssigkeit, als er injicirt hatte, im 3. Falle (30 g Injektion) aspirirte er sogar 100 g. Während die meisten Autoren die Beine nach der Operation mindestens 3—4 Wochen lang auf Schienen unbeweglich lagern, macht B. einen mehr nachgiebigen Verband für etwa 14 Tage.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

43) **P. Berger.** Exstirpation de la rotule pour une ostéite chronique d'emblée de cet os suivie de la conservation des mouvements du genou et de la restauration des fonctions du triceps fémoral.

(Bull. de l'acad. de méd. de Paris. Ann. 65. Sér. 3. No. 3.)

Dem Titel sei hinzugefügt, dass die Erkrankung etwas über 30 Jahre währte und zuletzt so schmerzhaft wurde, dass Pat. mit völlig steif gehaltenem Knie ging. Bei der Ausschälung brach die mürbe Kniescheibe in mehrere Stücke; an ihrem verdickten Innenrande fand sich ein erbsengroßer, steriler, mit fungösen Granulationen ausgefüllter »Abscess«. Die Sehne wurde quer in mehreren Etagen durch Knopfnähte vereinigt. Es scheint sich um die von Gosselin »Ostéite à forme neuralgique« bezeichnete Erkrankung gehandelt zu haben. Unter eifriger Nachbehandlung hat sich ein vorzügliches Gehvermögen eingestellt ungeachtet des Verlustes der Kniescheibe und einer deutlichen Atrophie des Rect. femoris; für diesen sind anscheinend die Vasti eingetreten. B. erinnert hierbei an die Kniescheibenbrüche, die mit großer Diastase ohne wesentliche Gehstörung heilen können.

Christel (Metz).

44) **C. B. Porter.** Fracture of the patella. A contribution to the operative treatment of cases of long standing with wide separation of the fragments.

(Transactions of the American surgical association Vol. 18.)
Philadelphia, **William J. Dornan,** 1900.

P. hat bei 2 Fällen von veraltetem Kniescheibenbruch mit weitem Klaffen der Bruchstücke, da seitliche Kapselincisionen zur Aneinanderlagerung nicht hinreichten, von einem Querschnitte oberhalb des Gelenkes aus die Fascie und die spannenden Theile des Quadriceps quer durchschnitten, um das obere Fragment nach unten verschieben zu können. Er hatte in beiden Fällen gute funktionelle Resultate. Er hält das Verfahren für nützlich und sicher; die Wiederherstellung der Funktion der durchschnittenen Muskelgruppe scheint vollständig zu sein; die Kontouren des Beines waren nicht wesentlich verändert.

(Ob die Dislokation des unteren Fragmentes nach oben nach dem Verfahren v. Bergmann's, das Verf. nicht erwähnt, nicht doch einfacher und sicherer ist? Ref.)

R. v. Hippel (Dresden).

45) **H. Hildebrand.** Zwei Fälle von Luxatio pedis sub talo.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 1.)

Im 1. der beiden mitgetheilten Fälle lag eine Luxatio sub talo nach innen vor. Es handelte sich um einen Arbeiter, der 1 Jahr vor der Untersuchung bei einem Sturze sich den Fuß festklemmte, während der Körper nach außen umfiel. Die erst starke Schwellung des Fußes verschwand, doch blieben erhebliche Beschwerden zurück. Die Diagnose wurde durch das Röntgenbild wesentlich erleichtert. Operation wurde abgelehnt. Pat. mit Stahlsohle entlassen.

Noch bemerkenswerther ist der 2. Fall, eine Luxatio sub talo nach hinten, da diese Luxationsform bisher überhaupt erst 2mal beobachtet wurde, und H.'s Befund von den beiden früheren in so fern abweicht, als gleichzeitig der Talus direkt nach unten gerichtet stand. Bei dem Pat., einem 57jährigen Händler, der wegen anderweitigen Leidens in Behandlung kam, wurde gelegentlich der Untersuchung eine auffallende Missgestaltung des rechten Fußes, herrührend von einem Falle in frühester Kindheit, gefunden. Der Fuß schien nach hinten verschoben, der innere Knöchel

sprang stark vor, der äußere war nur wenig sichtbar; die Tuberositas des Naviculare stand direkt unter dem Malleolus internus. Auch hier leistete die Röntgographie (stereoskopische Aufnahme) bei der Diagnose werthvolle Dienste.

Honsell (Tübingen).

46) **Czarnecki.** Ein Beitrag zur Behandlung des Aneurysma der A. femoralis.

(Nowiny lekarskie 1900. No. 11.)

Bei einem 34jährigen, rüstigen Manne bestand außer einem Aneurysma arcus aortae ein taubeneigroßes Aneurysma unter dem Poupart'schen Bande. Dasselbe war binnen 3 Jahren langsam gewachsen und hatte eine derartige Verdünnung der bedeckenden Haut herbeigeführt, dass es schließlich zur Ruptur und Blutung nach außen kam. Sofortige Kompression durch einen geschulten Wärter und hierauf Exstirpation des eiförmigen Sackes (Durchmesser 9 bezw. 6 cm) nach vorheriger centraler und peripherer Ligatur der Arterie. Die Rupturstelle des Aneurysmasackes war etwa kirschkerngroß. Glatte Heilung. **Trzebicky** (Krakau).

47) **P. Herz.** Zur Trendelenburg'schen Saphenaresektion.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 261.)

Die aus der unter Habs stehenden Krankenhausstation von Magdeburg-Sudenburg hervorgegangene Arbeit berichtet über 46 operirte Kranke. Es wurde auch bei negativem Ausfalle des bekannten Trendelenburg'schen Venenkompressionsversuches operirt. Statt der einfachen Venenunterbindung wurde stets eine Venenresektion vorgenommen, und dieser nicht nur der Hauptsaphenastamm, sondern auch die auffindbaren Kollateralgefäße unterzogen. Der Hautschnitt wurde zu diesem Zwecke an dem hochgelagerten Beine an der Innenseite des Oberschenkels an der Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel ca. 6—10 cm lang ausgeführt. Nachbehandlung: 3wöchentliches Liegen bei erhöhtem und sorgfältig mit Flanellbinden umwickeltem Beine.

Der unmittelbare Erfolg war stets gut. Über den Dauererfolg war von 17 Pat. Nachricht zu erlangen. Er war 15mal gut, 2mal nicht genügend, 1mal unentschieden.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Berichtigung.

Kurz nach meiner Mittheilung über »die koupirte Äthernarkose« (cf. d. Blatt No. 19) wurde mir von Herrn Dr. P. Sudeck in Hamburg eine kleine Arbeit übersandt: »Das Operiren im ersten Ätherrausch«, Deutsche med. Wochenschrift 1901 No. 7.

Diese Arbeit enthält 200 Beobachtungen aus dem Krankenhause Hamburg-Eppendorf über eine zur Vornahme operativer Eingriffe mit Schwefeläther rasch und sicher zu erzeugende Analgesie.

Dieses »Operiren im ersten Ätherrausch« ist vollkommen identisch mit der von mir seit Jahren geübten sog. »koupirten Äthernarkose« oder besser Analgesie, wenngleich die von Sudeck geübte Methode eine etwas andere als die meinige ist.

Beide Arten aber zeigen, dass man mit verhältnismäßig kleinen Äthermengen eine zur Vornahme vieler operativer Eingriffe völlig ausreichende, rasch vorübergehende, unschädliche und sichere Analgesie hervorrufen kann.

Ich habe die einschlägige Litteratur sorgfältigst bis zum Jahre 1901 studirt und bedauere lebhaft, dass mir die Hamburger Beobachtung, die erst kurz vor meiner Mittheilung publicirt worden, entgangen ist, was in diesem Falle wohl begreiflich und entschuldbar sein dürfte. Andererseits bin ich erfreut, die Bestätigung meiner mehrjährigen Beobachtungen in erster Linie aus dem Krankenhause Hamburg-Eppendorf zu erfahren.

München 19. Mai 1901. *Dr.* ***Kronacher.***

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 23. **Sonnabend, den 8. Juni.** **1901.**

1) **F. Selberg.** Über Narkosen mit Schleich's Siedegemischen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 2.)

Die Beobachtungen des Verf. erstrecken sich auf 175 Narkosen mit den Schleich'schen Siedegemischen. Die nach Schleich's Vorschrift angewendete amerikanische Äthermaske hat den Vortheil, dass sie das Gesicht des Kranken frei lässt und demselben nicht das Gefühl der Erstickung bereitet wie die Julliard'sche. Dagegen ist sie nicht aseptisch, ist unbequem zu handhaben und stört bei allen Kopf- und Gesichtsoperationen, bei denen man in der Greifswalder Klinik in Folge dessen zum Chloroform zurückkehrte. Die Zubereitung des Narkosegemisches ist zeitraubend, und das Hantiren mit 3 Flaschen der Stammpräparate und 3 für die Mischungen lästig. Der Zusatz von Äthylchlorid macht die Narkosen ungemein theuer. Die Stunde Narkose berechnet Verf. bei Chloroform auf ℳ 0,14, bei

Äther auf ℳ 0,46, bei Schleich's Gemisch auf ℳ 4,90. Das Einschlafen vollzog sich bei Frauen und Kindern leicht, aber langsamer als bei Chloroform. Einzelne Männer waren damit nicht in Schlaf zu bringen, so dass man zum Chloroform griff. Die Erregung ist eine geringe. Bei Trinkern trat sie aber auch sehr beträchtlich hervor. Als ein großer Vorzug vor den Äthernarkosen ist hervorzuheben, dass die Speichelsekretion völlig fehlte, eben so die beim Äther häufige Cyanose. Der Puls war stets gut, öfters trat dagegen ein allmähliches Aufhören der Athmung ein, das durch künstliche Respiration allerdings leicht zu beheben war. Ein wesentlicher Nachtheil des Schleich'schen Gemisches scheint die Häufigkeit der Nachkrankheiten zu sein, wie Bronchitis, Pneumonie. Das Erwachen aus der Narkose findet rascher statt wie bei den anderen Narkoticis und ist nicht von den üblen Nachwirkungen wie beim Chloroform begleitet. Nach einigen Stunden, oft schon viel früher tritt ein erträglicher Zustand ein. 3mal wurden Verbrennungen des Gesichts beobachtet, ohne dass eine direkte Berührung mit der Narkoseflüssigkeit stattgefunden hatte.

Die Ansicht des Verf. geht dahin, dass »das Gemisch im Ganzen den alten Narkoticis gleichwerthig, in manchen Punkten ihnen sogar überlegen ist, dass es aber nach seinen Erfahrungen leider kein ideales Narkoticum sei«.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

2) **Lecrenier.** L'analgésie chirurgicale par l'injection de cocaine sous l'arachnoïde lombaire.

(Progrès méd. de Belge 1901. Jan. 15. — Soc. méd. de chir. de Liége 1901. Jan. 9.)

L. beschreibt das Bier'sche Verfahren. — In der Diskussion sagt Suyers, er habe diese Methode 11mal mit vorzüglichem Erfolge ausgeführt bei Appendicitis, Laparotomien etc. Die Analgesie reicht bis zur 4. Rippe hinauf, so dass man Mammaoperationen, Achselausräumungen etc. ausführen kann. — Roesch warnt vor dem Verfahren und führt aus der Statistik Todesfälle auf. — Béco warnt ebenfalls und hebt hervor, es gäbe Individuen, welche Idiosynkrasie gegen Cocain haben und, was noch schlimmer sei, es gäbe Leute, die zunächst Cocain und Eucain gut vertragen und dann, warum ist unbekannt, auch einmal idiosynkrasisch werden.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

---

3) **Quénu et Judet.** De la péritonisation dans les laparotomies.

(Revue de chir. Paris, 1901. No. 2.)

Verff. haben das früher bereits mehrfach von anderer Seite empfohlene Verfahren, nach Laparotomien überall glatte peritoneale Flächen herzustellen, systematisch durchgeführt. Zur Überdeckung von Stümpfen bezw. des Bauchfelles entkleideter Flächen und Nieschen haben sie bei Operationen im kleinen Becken — nur um solche

handelt sich's — entweder die Blätter des Lig. latum oder des Blasenbauchfelles verwendet, welches letztere sich ohne Nachtheil bis an den Mastdarm bezw. das Colon sigmoideum heranziehen ließ; waren starke Verwachsungen im Douglas vorhanden und nach der Adnexauslösung stark entblößte Buchten geschaffen, so wurde jener völlig unterdrückt. War auch der Uterus in größerer Ausdehnung von Bauchfell entblößt, wurde er amputirt.

Außer Herabminderung der meist den Operationen unmittelbar folgenden Kolikschmerzen und der Sterblichkeit glauben Verff. vor Allem auf diese Weise jenen Verwachsungen vorbeugen zu können, die so oft den Erfolg der Laparotomien durch beständige, aller Behandlung trotzende Schmerzen beeinträchtigen.

Leider sagen Verff. nicht, welche Art von Drain zur Anwendung gelangte, was für die Frage der Verwachsungen doch nicht gleichgültig ist. Die für Adnexoperationen »vorwiegend schwerer Natur« günstige Mortalität von 3,8% dürfte wohl nicht ganz unwesentlich der (wie oft angewendeten?) Drainage zu danken sein.

13 beigegebene Krankengeschichten erläutern das Verfahren und lassen erkennen, dass Resorption und peritonitische Erscheinungen nicht erheblich geringer sind als bei den bisherigen Methoden. Ob der in Absatz XIII mitgetheilte Todesfall wirklich nicht mit der Fixation der Flexur in Verbindung steht, lässt sich aus dem knappen Obduktionsprotokolle leider nicht herauslesen. **Christel** (Metz).

---

4) **O. Borchgrevink.** Klinische und experimentelle Beiträge zur Lehre von der Bauchfelltuberkulose.

(Bibliotheca med. Abth. E. Hft. 4.)

Stuttgart, **Erwin Nägele,** 1901. 233 S.

In einer umfangreichen Arbeit fasst Verf. die Ergebnisse seiner Untersuchungen und klinischen Beobachtungen über 42 Fälle von Bauchfelltuberkulose, deren Krankengeschichten anhangsweise ausführlich mitgegeben werden, zusammen. Ist auch die Zahl für zwingende Schlüsse, wie B. selbst hervorhebt, zu klein, so sind die einzelnen Fälle doch so sorgfältig und erschöpfend untersucht und bearbeitet, dass die Schlussfolgerungen hinreichend begründet erscheinen. Desshalb hat auch eine solche Studie einen weit höheren Werth und inneren Gehalt, als die statistische Bearbeitung großer Zahlenreihen, und bildet in der That einen schätzenwerthen, klärenden Beitrag zur Lehre von der Bauchfelltuberkulose.

Seine vergleichenden pathologisch-anatomischen Beobachtungen bei der Laparotomie und am Sektionstische, so wie die mikroskopisch-histologischen und experimentellen Untersuchungen machen es dem Verf. unzweifelhaft, dass »die Heilung der Serosatuberkel das Reguläre ist und, wenn die Zeit es gestattet, stattfindet nicht allein dort, wo der Organismus im Kampfe mit der tuberkulösen Infektion auf der ganzen Linie siegt, sondern auch dort, wo diese zuletzt die

Oberhand behält«. Die fibröse Umwandlung des Tuberkels auf der Serosa will B. mit dem Namen »primäre Tuberkelheilung« kennzeichnen. Danach besitzt das Bauchfell in hohem Maße die Fähigkeit, auch der tuberkulösen Infektion Herr zu werden. Die Zeit von der Bacillenaussaat auf das Bauchfell bis zum Auftreten der Ernährungs- und Cirkulationsstörungen in demselben, d. h. bis zum Eintritte der erkennbaren Symptome der tuberkulösen Peritonitis berechnet B. auf etwa 2 Monate, während der Verlauf des Leidens wesentlich von den Komplikationen abhängig ist.

Eine kritische Sichtung der in der Litteratur niedergelegten Beobachtungen von einfacher oder idiopathischer chronischer Bauchfellentzündung, so wie seine experimentellen Erfahrungen bestimmen Verf. zu der Annahme, dass alle solche allmählich zur Entwicklung kommenden Peritonitiden wohl tuberkulöser Natur sind, zumal ein leichter Verlauf, so wie dauernde Heilung keineswegs dagegen sprechen. Desshalb möchte B. den Begriff der idiopathischen chronischen Peritonitis ganz eliminirt wissen.

Von den 42 von ihm beobachteten Kranken sind 13 gestorben, 28 sind noch am Leben und anscheinend gesund geworden. Für die Behandlung ergiebt sich aus den Ausführungen des Verf., dass man die tuberkulöse Peritonitis möglichst der Selbstheilung überlassen soll.

Die Laparotomie schafft nur das Exsudat fort und entlastet dadurch die inneren Organe, ein Effekt, den die einfache Punktion auch erreicht. Auf den Verlauf der schon in Selbstheilung begriffenen Fälle hat die Operation keinen Einfluss, für die anderen, ungünstigeren Fälle wirkt sie geradezu nachtheilig. Unter 22 Laparotomirten hatte B. 14 Heilungen (63,6%) und 8 Todesfälle (36,4%). Denen gegenüber stehen aber 17 nicht Operirte, von welchen 14 nach 2 bis 3jährigem Wohlbefinden für geheilt gelten können. Für den Verf. ist die seröse tuberkulöse Peritonitis »ein Gebiet, welches die Chirurgie der internen Klinik zurückgeben muss, mit Dank für die ausgezeichnete Gelegenheit, welche ein Missverständnis ihr gab, bei der Laparotomie die Tuberkulose einer der großen Körperhöhlen zu studiren«.

Buchbinder (Leipzig).

---

5) **E. Sonnenburg.** Pathologie und Therapie der Perityphlitis. Vierte umgearbeitete und sehr erweiterte Auflage.

Leipzig, **F. C. W. Vogel,** 1900.

Zum 4. Male innerhalb 6 Jahren erscheint S.'s Monographie über die Perityphlitis. Wenn bei der 1. Auflage dieser im Jahre 1894 erschienenen Arbeit, der damals 80 selbst operirte Fälle zu Grunde lagen, gesagt wurde, dass sie den Dank und das Studium der Kollegen verdiene, so möchte ich jene für ein Buch wohl wärmste Empfehlung der nunmehr vorliegenden 4. Auflage, auf 600 selbst operirten Fällen aufgebaut, erst recht mit auf den Weg geben.

Sind es doch nicht allein die reichen Erfahrungen und die daraus resultirende gründliche Erforschung dieser Erkrankung; es war auch nöthig und ist von S. in anerkennenswerther Weise glücklich durchgeführt, mit den Erfahrungen Anderer gleichen Schritt zu halten, das Gute vom Schlechten zu trennen und sich und Anderen nutzbar zu machen. Anregend hat S. auf seine Schüler gewirkt und deren Arbeiten in den Bereich dieses Buches hereingezogen. So ist dieses vor Kurzem noch so dunkle Krankheitsgebiet heute nahezu ein abgerundetes Ganzes, und S.'s Arbeiten haben hieran nicht den geringsten Antheil. Mit Rücksicht auf den interessanten Stoff will ich in kurzen Auszügen das Wesentlichste hier wiedergeben; es muss nebenbei auf frühere Referate in diesem Blatte, so wie auf die ausgezeichnete Monographie, einen dem operirenden Arzte wichtigen Berather, verwiesen werden. Vieles ist schon in den früheren Auflagen gesagt, doch ist eine Wiederholung nicht zu umgehen, wenn das Werk hier richtig gewürdigt werden soll.

Das Ganze zerfällt in 5 Abtheilungen, jede derselben enthält zahlreiche, das Gesagte besiegelnde Krankengeschichten.

6 farbige Tafeln mit 16 Figuren, so wie eine Anzahl dem Texte beigegebener Zeichnungen zeigen zur Information das Wort im Bilde.

I. Allgemeiner Theil.

Die Typhlitis stercoralis will S. aus der Welt geschafft wissen, er hat nur ein einziges Mal einen zweifelhaften Fall von primärer Blinddarmerkrankung gesehen; er beruft sich bei seiner extremen Stellung zum Theil auf die Statistik Anderer. (Der Gegenbeweis einer event. primären Blinddarmerkrankung ist bislang durch Niemand erbracht. Ref.)

S. hält an seiner Eintheilung in Appendicitis simplex, perforativa, gangraenosa, tuberculosa und actinomycotica fest; Widerspruch mit anderen, wenigen Autoren entsteht nur wegen der A. simplex und perforativa, die diese nicht getrennt wissen wollen.

Nach S. kann man zumeist aus den Symptomen eine anatomische Diagnose stellen. Sehr eingehend ist der Differentialdiagnose gedacht, der Beziehungen der Appendicitis zu den weiblichen Genitalerkrankungen. Eine Spontanheilung durch gelegentliche Verödung des Wurmfortsatzes, durch Resorption und Perforation wird zugegeben. Für den Chirurgen ist der vorgezeichnete Weg das Messer, doch sind gewisse Einschränkungen nöthig.

Die interne und ungünstigere chirurgische Sterblichkeitsstatistik gehen aus einander, S. sucht die Fehler hierfür nachzuweisen.

S.'s Statistik zeigt eine Gesammtsterblichkeit von 13,5%, viel günstiger als früher; an dem letzten Umstande sind besonders die sicherere anatomische Diagnose, die bessere Technik, so wie die im freien Intervall operirten Fälle Schuld. Mit Riedel's Vorschlägen zur stets frühzeitigen Operation ohne Berücksichtigung der Eröffnung der freien Bauchhöhle ist S. nicht einverstanden.



II. Ätiologie und Pathogenese.

Unter den prädisponirenden Momenten spielt die ungenügende Blutcirkulation, die verschiedene Lage, abnorme Länge, Knickungen des Wurmfortsatzes, ein kurzes Mesenteriolum eine Rolle; bei sonstigen Darmaffektionen infektiöser und nicht infektiöser (Intoxikation) Erkrankung kann der Wurmfortsatz sekundär erkranken. Erkältung und Traumen müssen zugegeben werden. Auch die Lage des Blinddarmes ist von Belang. Fremdkörper finden sich häufig im Wurmfortsatze; Kothsteine entwickeln sich ausschließlich sekundär.

Die experimentelle Erzeugung der Appendicitis war nicht von Erfolg gekrönt.

III. Pathologische Anatomie.

Dieser Theil war bereits für die erste Auflage 1894 von Dr. Finkelstein bearbeitet worden.

Zahlreiche Beispiele (Krankengeschichten) und Zeichnungen werden als Beleg für Veränderungen des Wurmfortsatzes bei Appendicitis simplex, für Empyeme und Cysten desselben aufgeführt; am häufigsten ist die Appendix am Blinddarme fixirt. Es folgt die Beschreibung der durch Appendicitis perforativa und gangraenosa entstehenden pathologischen Veränderungen, der sich anschließenden umschriebenen und allgemeinen Peritonitis. Unter 350 Fällen von Appendicitis mit Abscessbildung fanden sich 9 subphrenische Abscesse. Multiple Abscesse, Durchbruch nach Blase, Scheide, Gallenblase, Darm und Arterien, Metastasen im Endokard, der Milz, den Nieren etc. finden Erwähnung. Unter den Bakterien stehen das Bacterium coli und Streptokokken obenan.

Ausführlich wird die Appendicitis gangraenosa besprochen. S. unterscheidet mit Nothnagel eine bakterielle, chemische und mechanische Peritonitis; 80—90% aller Peritonitiden entstammen der Appendicitis. Beschreibung sämmtlicher Arten von Peritonitis, akuter und chronischer, umschriebener und allgemeiner, mit und ohne Exsudat, ihrer Entstehung und des Zusammenhanges mit den einzelnen Appendicitisarten. Der Begriff Sepsis soll durch Toxinämie ersetzt werden. Schließlich wird der Perityphlitis im Anschlusse an Geschwülste des Wurmfortsatzes gedacht.

IV. Symptome, Diagnose, Prognose.

Die Appendicitis simplex verläuft in Hinblicke auf den unversehrten Wurmfortsatz und die geringere intensive Wirkung der Infektion in seiner Umgebung gutartiger als die Appendicitis perforativa oder gangraenosa. Appendicitis simplex kann mit schwerer, konsekutiver Peritonitis, Empyem des Wurmfortsatzes u. A. einhergehen. Die Prognose im akuten Anfalle ist günstig, 50mal wurde mit gutem Erfolge operirt. Bei der Appendicitis simplex im freien Intervall ist die Prognose quoad operationem eine sehr gute. Die Prognose der Appendicitis perforativa ist im Allgemeinen zweifelhaft; stets muss bei dieser Form mit eitriger, umschriebener Peritonitis operirt werden. Die Appendicitis perforativa

mit Komplikationen hat eine ungünstige Prognose; eine zu lange fortgesetzte exspektative Therapie ist großentheils die Ursache dieser Komplikationen, die wohl in Zukunft zu vermeiden sein werden. Es werden davon Lungen, Leber, vor Allem auch das Bauchfell befallen; Pyämie und Sepsis sind dieser Form gemeinsam.

Es folgen noch Beschreibung der Symptome der allgemeinen Peritonitis, der Appendicitis perforativa. Diagnose gegenüber der Appendicitis simplex möglich; Appendicitis gangraenosa hat Vieles mit der Appendicitis perforativa gemeinsam. Häufig fehlt hier der Wurmfortsatz.

V. Die Therapie der Appendicitis.

Hier ist eine Therapie der Anfälle und eine solche der Krankheit zu unterscheiden. Für die operative Behandlung ergeben sich folgende Grundsätze: 1) Die Operation im freien Intervalle ist der im Anfalle vorzuziehen. 2) Bei der Appendicitis simplex im Anfalle ist eine Operation nur selten indicirt. 3) Bei der Appendicitis perforativa muss im Anfalle mit strenger Auswahl operirt werden. 4) Bei der Appendicitis gangraenosa soll im Anfalle stets und früh operirt werden. 5) Bei der Appendicitis perforativa und gangrän. mit Komplikation ist Operation nothwendig.

Bei der Appendicitis simplex im Anfalle ist eine peritoneale Erkrankung selten vorhanden; S. zieht hier die (Schürzen) Tamponade der Naht der Bauchdeckenwunde vor; nach Entfernung jener sekundäre Naht. Bei der Appendicitis perforativa und gangraenosa entferne man, wo dies möglich, den Wurmfortsatz; bei der letzteren Form ist dieser nicht zu finden. Die foudroyante Form erheischt rasches Handeln. Im Anhange folgen ausgewählte Operationsbefunde der Appendicitis perforativa und gangraenosa mit umschriebenem Abscess, die Schlussfolgerungen daraus; von großem Belang ist hier die richtige und ausgiebige Entleerung des Eiters. Von den sich nach der Operation bildenden Fisteln secerniren die einen Eiter und andere Flüssigkeit, die anderen Koth. Beide Arten sind zu beseitigen, die tuberkulösen Ursprunges weniger. Bauchbrüche nach der Operation verdanken ihre Entstehung der Tamponade, sie sind unschwer zu beseitigen. Zum Schlusse wird noch der Behandlung der App. perforativa gangraenosa mit Komplikationen gedacht. Dem von Rehn angegebenen Spül- und Drainageverfahren des Bauchfelles steht S. nicht unsympathisch, doch sehr skeptisch gegenüber. Schließlich folgt die Statistik der alten und neuen Fälle von Peritonitis — 110 operirte Fälle von Peritonitis mit 51% Heilungen.

Die Punktion zur Diagnose oder zu therapeutischen Maßnahmen wird von S. völlig verworfen. **Kronacher** (München).

---

6) **E. Metschnikoff.** Sur l'appendicite: Note helminthologique sur l'appendicite.

(Bull. de l'acad. de méd. de Paris T. LXV. Fasc. 3.)

M. citirt eine Reihe von Beobachtungen, wo sicher diagnosticirte Appendicitiden, selbst recidivirende, nach Darreichung von Wurm-

mitteln ausheilten, natürlich nach vorausgegangener mikroskopischer Feststellung der Eier von Ascaris bezw. Trichocephalus im Stuhle. So ertheilt er den gewiss gerechtfertigten Rath, in allen zweifelhaften Fällen von Appendicitis die Stühle wiederholt auf Parasiteneier zu untersuchen. Bei Kindern solle das so wie so in regelmäßigen Zwischenräumen geschehen. Prophylaktisch seien rohe Nahrungsmittel und ungekochtes Wasser zu meiden.

Die Wirkung der Helminthen könne verschieden sein: Neben direkt mechanischem Verschluss der Appendix durch Wurmleiber kämen chemische und mechanische Reizung des Blinddarmes, so auch direktes Einbohren der Trichocephalen in die Schleimhaut des Wurmfortsatzes in Betracht; hier tragen sie direkt die pathogenen Keime in die Tiefen der Gewebe. Vielleicht seien auch familiäre und andere Appendixendemien (Jolnbost) ungezwungener durch Helminthen als durch andere Infektionen (Anginen) zu erklären.

Christel (Metz).

---

7) **W. Körte.** Wann sollen wir bei Perityphlitis chirurgisch eingreifen?

(Deutsche Ärzte-Zeitung 1901. No. 2 u. 3.)

Über die Berechtigung der Operation im »freien Intervall« bei andauerndem Fieber, Schmerzen, Störungen des Allgemeinbefindens, ferner bei den verschiedenen Formen der Abscesse hat man sich geeinigt. Die Frage dreht sich vielmehr um die Zulässigkeit der »Frühoperation«, d. h. um den Eingriff in den ersten 24 Stunden nach dem Unfalle. Weil aber nach dem heutigen Stande des Wissens eine anatomische Diagnose in den ersten 24 Stunden, ob ein Fall aus vitaler Indikation unbedingt operationsbedürftig ist oder nicht, als umöglich bezeichnet werden muss; weil ferner solche schwere Fälle gegenüber den ohne sofortigen Eingriff günstig verlaufenden sehr in der Minderzahl sind, verwirft K. grundsätzlich die Frühoperation. Ausgenommen wird von K. nur die akute Perforation, so wie Fälle mit auffallend schweren septischen Allgemeinsymptomen, bei welchen das Fehlen einer Geschwulst auf das Fehlen schützender Adhäsionen schließen lässt.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

---

8) **A. A. Berg.** 1) A case of ambulatory thyphoid fever with intestinal perforation. 2) A case of traumatic rupture of the intestine operation; recoveries. Remarks concerning operation in cases of typhoid fever with intestinal perforation.

(New York med. record 1901. März 23.)

Die Symptomatologie des »präperforativen« Stadiums, welche B. als besonders beachtenswerth für einen etwaigen unmittelbaren chirurgischen Eingriff bei Typhus erläutert, entspricht der lokalen Peritonitis: 1) Örtliche Rigidität der Bauchwand, 2) gewöhnlich steigende Leukocytose, 3) lokale Schmerzen und Empfindlichkeit,

4) event. Erbrechen und Übelkeit, 5) Ansteigen des Pulses und der Temperatur.

Die Symptome der Perforation hängen klinisch ganz von dem Grade des Durchbruches ab; der reflektorische Chok kann bei kleiner Öffnung gering sein. Daher ist das präperforative Stadium als Diagnose vor Einsetzen der Peritonitis besonders wichtig. Nur der Vergleich mit den vorgegangenen Symptomen lässt folgerichtig die ersten Symptome der Peritonitis vermuthen.

Das postperforative Stadium mit der progressiven Peritonitis ist charakterisirt durch Verschwinden der Leukocytose mit vermehrter Muskelrigidität des Bauches, Ansteigen der Temperatur und des Pulses, Erbrechen und wachsendem Leibesumfang.

Blutuntersuchungen sollen daher jede 24—48 Stunden gemacht und der Bauch auf örtliche Rigidität oft beobachtet werden.

Pat. mit klarem präperforativen Stadium lassen die Perforation bei plötzlichem Erscheinen von Choksymptomen klar erkennen. Der Chok kann aber auch fehlen, wenn eine Perforation mit langsam zunehmendem Austritte sich ereignet hat.

So wie bei klarem perforativen Stadium (zunehmende Leukocytose und zunehmende Rigidität) mit oder ohne Collaps auch nur die geringsten Anzeichen von Peritonitis auftreten, ist sofort zu operiren resp. so früh, als das Allgemeinbefinden bezüglich des Choks wieder einen Eingriff aushalten kann.

Meist zieht B. die Allgemeinnarkose vor wegen leichteren Reponirens der Eingeweide. Das Typhusfieber ist keine Kontraindikation zum Eingriffe; denn Typhuspatienten ertragen den Eingriff eben so gut wie andere Leute. Die Perforationsstelle soll gleich reparirt, dagegen im präperforativen Stadium eine Operation nicht in Betracht gezogen werden, weil wir nicht wissen, welche Ulcerationen perforiren werden. Dagegen kann der Austritt resp. Durchbruch bei strikter Aufmerksamkeit genau diagnosticirt werden. Die beiden mit Glück operirten Fälle sind aus der Überschrift zu entnehmen.

Loewenhardt (Breslau).

---

9) **Petersen.** Über die Behandlung brandiger Brüche.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 8—10.)

Die äußerst interessante, von den verschiedensten Gesichtspunkten aus eingehend beleuchtete Arbeit beruht auf einer Erfahrung von 309 Fällen von eingeklemmtem Bruche, die in den Jahren 1877 bis 1900 in der Heidelberger Klinik zur Beobachtung kamen. Bei 29 gelang die Taxis, bei 280 wurde herniotomirt. Die Gesammtsterblichkeit der Brucheinklemmung betrug 52 : 280 = 18,5%. Hiervon entfallen auf die Reposition 11%, auf den Anus praeternaturalis 67%, auf die primäre Darmresektion 33%. Die Zahl der brandigen Brüche betrug 52 mit 26 Todesfällen = 48% (2 tödlich verlaufende Fälle von Doppelresektionen). Nach dem Zeidler'schen Princip geordnet betrug die Zahl der unverschuldeten Todesfälle bei widernatürlichem

After 45%, bei primärer Resektion 11%. Die verschuldeten Todesfälle bei Anus praet. 22%, bei primärer Resektion 22%. Der gesammte Zeitraum wird in 2 Perioden eingetheilt, deren Grenze etwa im Jahre 1898 liegt. In die erste Periode entfallen 15 primäre Resektionen mit 8 Todesfällen, d. s. 60% Mortalität, in die zweite 12 primäre Resektionen mit 1 Todesfall = 8% Mortalität. Um dies anscheinend sehr große Missverhältnis zu erklären, werden die betreffenden Krankengeschichten in kurzer Skizze mitgetheilt. Während in der ersten Periode unter 201 Herniotomien 16 Resektionen ausgeführt wurden, waren in der zweiten Periode unter 74 Herniotomien 12 Resektionen. Der Grund hierfür liegt einmal darin, dass das Gesammtmaterial ein etwas schwereres geworden ist, sodann dass die Indikation für die primäre Resektion weiter gesteckt ist. Die Zahl der verschuldeten Todesfälle ging auf 12% herab. Die Gesammtmortalität der ersten Periode betrug 19,5%, der zweiten 14%. Es hat sich also der Erfolg aller Herniotomien wesentlich gebessert, und das Resultat würde ein noch besseres sein, wenn nicht auch in der zweiten Periode noch 3 Fälle wären, bei denen die fehlerhafte Reposition des Darmes zum Tode führte.

So wie auch die einzelnen Zahlen gedreht und gewendet werden mögen, das Resultat fällt immer zu Gunsten der primären Resektion aus. Zwei wichtige Fortschritte sind es vor allen Dingen, die diese glänzenden Resultate gezeitigt haben, die lokale Anästhesie und der Murphyknopf. Erstere ist ein werthvoller Schutz gegen Collaps und Schluckpneumonie, sie erlaubt vor allen Dingen eine gefahrlose und gründliche Entleerung des angestauten Darminhaltes. Ferner soll die Resektion des Darmes eine ausgiebige sein. Nach alle dem steht Verf. nicht an, die primäre Resektion als die Methode der Wahl bei sicherer Darmgangrän zu bezeichnen. Die Reposition ist nur erlaubt bei sicher lebensfähigem Darme. Bei Verdacht auf Gangrän soll man den Darm entweder vorlagern oder primär reseciren. Zu verwerfen ist vor Allem die Reposition nach Übernähung nekrotischer Schnürfurchen oder kleiner Perforationen. Der Anus praeternaturalis ist ein Nothbehelf; er soll, genügende Erfahrung des Operateurs vorausgesetzt, nur angelegt werden bei starkem Collaps oder ausgedehnter periherniöser Phlegmone. **Borchard** (Posen).

10) **A. M. Phelps.** Radical cure of inguinal hernia.

(New York med. record 1901. Februar 2).

Nach einer geschichtlichen Übersicht über die Bruchoperationen theilt P. mit, dass er seit seinem Berichte auf dem XIII. internationalen Kongresse zu Paris wieder 12 Hernien, von denen 3 Recidive nach Bassini darstellten und von den besten Chirurgen New Yorks operirt waren, mit glücklichem Erfolge nach seiner Silberdrahtprothesenmethode behandelt habe. Er verfügt jetzt über 228 Pat. ohne Rückfälle. 18mal trat [ohne Todesfall] Wundinfektion meist vom Stichkanal aus ein. Diese lokalen Infektionsherde wurden erst mit reiner

Karbolsäure behandelt, dann mit Alkohol ausgewaschen und erforderten selten eine Nachoperation. Man soll nur das Stückchen Silberunterlage entfernen, wo die Eiterung entstand, sich aber möglichst hüten, die tiefen Nähte zu lösen. Es scheint kein Fall eingetreten zu sein, wo sich Folgen eines Verstoßes gegen die Principien der Wundbehandlung ergaben.

Verf. bedient sich der Silbernaht bei allen Bauchwunden und schreibt es ihr zu, dass er in vielen hundert Fällen keine Hernie gesehen hat. Auch bei Defekten des Schädeldaches stellt er durch Nath ein Netzwerk her, über dem die Weichtheile mit Katgut geschlossen werden. Bei Riss der Bicepssehne hofft er der Streckung des Narbengewebes durch eben solche Fixationen abgeholfen zu haben.

Der Bruchsack wird von P. nicht zu kurz abgeschnitten, fortlaufend mit Silberdraht genäht, M. transversalis und obliquus internus werden getrennt vom externus ebenso vereinigt, die dritte Naht schließt die Aponeurose des Externus und die Pforte; schließlich wird die Haut mit Katgut genäht; sorgfältige Blutstillung. Die Silberdrahtmatratze wird unter die Muskellagen und über den genähten Bruchsack eingebettet, der Samenstrang liegt direkt unter der Haut.

Die Silberdrahtstütze, so wie die Reproduktion großer Massen von festem Narbengewebe ermöglichen auch dort ein vollkommenes Resultat, wo die einfache Vereinigung, wie eine solche bei allen früheren Operationen stattfindet, eine genügende Barrière gegen den Innendruck nicht liefern kann. **Loewenhardt** (Breslau).

---

11) **R. Alessandri.** La hernie de la vessie avec aperçus spéciaux sur sa pathogénie.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. Bd. XIV. Hft. 1—2.)

Unter Zugrundelegung von 4 eigenen Beobachtungen und unter genauer Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur hat Verf. einen lesenswerthen Beitrag zur Blasenhernie geliefert und nicht nur auf klinischem, sondern auch auf experimentellem Wege die Pathogenese dieser Affektion zu ergründen gesucht. Nach diesen Forschungen ist die Pathogenese der Blasenhernie sehr wechselnd und kann nicht auf einen einzigen ätiologischen Faktor zurückgeführt werden. Die Frage, ob eine Cystocele immer primär oder sekundär ist, muss in eklektischem Sinne beantwortet werden. Die extraperitonealen, inguinalen Cystocelen, die öfters auch beiderseitig vorkommen, sind sicher primärer Natur. Prädisponirende Elemente sind hier die Ausdehnung und Schlaffheit der Blasenwandungen so wie die verminderte Widerstandsfähigkeit der Bauchwand. Lipome können die Bildung einer Cystocele begünstigen; sie sind aber jedenfalls nicht von der ausschließlichen Wichtigkeit, die ihr viele Autoren zuertheilen. Vor allen Dingen muss man auch Rechnung tragen den angeborenen Divertikeln und der angeborenen asymmetrischen Form, so wie ganz besonders allen den pathologischen Formveränderungen der Blase, wie sie sich in

Folge Erkrankungen der Prostata und Harnröhre ausbilden. Hierzu kommt noch als weiteres begünstigendes Moment die Bildung partieller Verwachsungen der Blasenwand. Die paraperitonealen Cystocelen lassen dieselbe Ätiologie erkennen; aber es giebt hier — und das sind vielleicht die häufigsten Formen — auch sekundäre paraperitoneale Cystocelen, die durch den Zug eines präexistirenden Bruchsackes entstehen. Bei den außerordentlich seltenen intraperitonealen Cystocelen endlich handelt es sich um eine fast excessive »Beweglichkeit« der Blase, begleitet von starker Ausdehnung und Schlaffheit der Wandungen. **P. Wagner** (Leipzig).

---

12) **Zervos** (Athen). Sechs Fälle von Leberechinokokken mit Durchbruch in die Lunge.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 4.)

Aus den mitgetheilten Krankengeschichten der 6 Fälle, von denen nur einer ohne Operation zur Heilung kam, die übrigen tödlich verliefen und mit Ausnahme eines nach dem Tode untersucht werden konnten, glaubt Verf. folgende Schlüsse ziehen zu dürfen:

1) »Die aufbrechenden Echinokokkencysten nehmen die gewölbte Oberfläche der Leber oder die untere Fläche der Lunge ein, in welche sie von der Leber durchgebrochen sind.

2) Wenn sie aufbrechen, so führen sie meist den Tod herbei.

3) Die von den französischen Ärzten vorgeschlagene und angewandte Therapie der Leberechinokokken durch Capitonage (Herausnahme der Echinokokkencyste mit Vernähung der Leberränder. Ref.) ist nicht nur unnütz und erfolglos, sondern sie verhindert auch nicht die Reproduktion der Cysten und setzt die Pat. den furchtbarsten Gefahren aus, da die Cysten nach der Capitonage sich vollständig wiederbilden und sich, da sie sich wegen der hermetischen Vernähung der Leberwandungen nicht nach der vorderen oder unteren Fläche der Leber entwickeln können, nach oben entwickeln, in die Lunge durchbrechen und so den Tod durch Asphyxie oder Pneumonie herbeiführen.« **Kramer** (Glogau).

---

13) **H. Lindner.** Einige Bemerkungen zur Gallensteinchirurgie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 1.)

L. macht zunächst darauf aufmerksam, dass die klinische Bedeutung der Gallensteinkoliken vielfach überschätzt werde, dass vielmehr nicht selten Gallensteinkranke nur über Beschwerden seitens der Verdauung klagen. Des weiteren betont er, dass man die Gallenblase nicht einfach als atavistisches Divertikel betrachten solle. Man müsse sich daher auch besinnen, eine noch funktionsfähige Gallenblase zu entfernen. Wo nicht die ganze Gallenblase erhalten werden kann, möchte sich unter sonst geeigneten Verhältnissen eher eine Resektion derselben empfehlen. Ein sehr großer Theil der Gallen-

steinkoliken sei auf Entzündungen der Gallenwege zu beziehen, indessen könne auch Einklemmung ohne nachfolgende Entzündung zu Koliken führen. 2 Arten von Anfällen können unterschieden werden, von denen die eine das typische Bild der Kolik zeigt mit blitzartig eintretendem Beginne, hochgradigem Verfalle des ganzen Körpers und oft auch plötzlichem Aufhören, während bei der anderen die Erscheinungen nicht den excessiven Grad erreichen, auch An- und Abschwellen mehr ausgesprochen ist. Bei der ersten Art hat man zahlreiche kleine, bei der zweiten einzelne große Steine zu erwarten. Es gehöre eben zum ganz typischen Gallensteinanfalle die Einklemmung eines Steines im Cysticus, bei den weniger perakut verlaufenden Anfällen handle es sich im Allgemeinen darum, dass ein großer Stein nur den Abfluss hindere, die Anschwellung der Gallenblase ermögliche, oder dass er überhaupt nur zu Entzündung in der Blase und in Folge dessen zu einem Zuschwellen des Cysticus führe. Wie schwierig die Differentialdiagnose zwischen lithogenem und nicht lithogenem Choledochusverschlusse sein kann, wird an Hand mehrerer, sehr interessanter Beispiele erläutert. Den Schluss der Ausführungen bildet eine Besprechung der Perforation der Gallenwege durch Steine und ihrer Folgeerscheinungen, wiederum unter Zugrundelegung mehrfacher eigener Fälle. **Honsell** (Tübingen).

Kleinere Mittheilungen.

Die instrumentelle Anlegung der Ligaturen.

Von

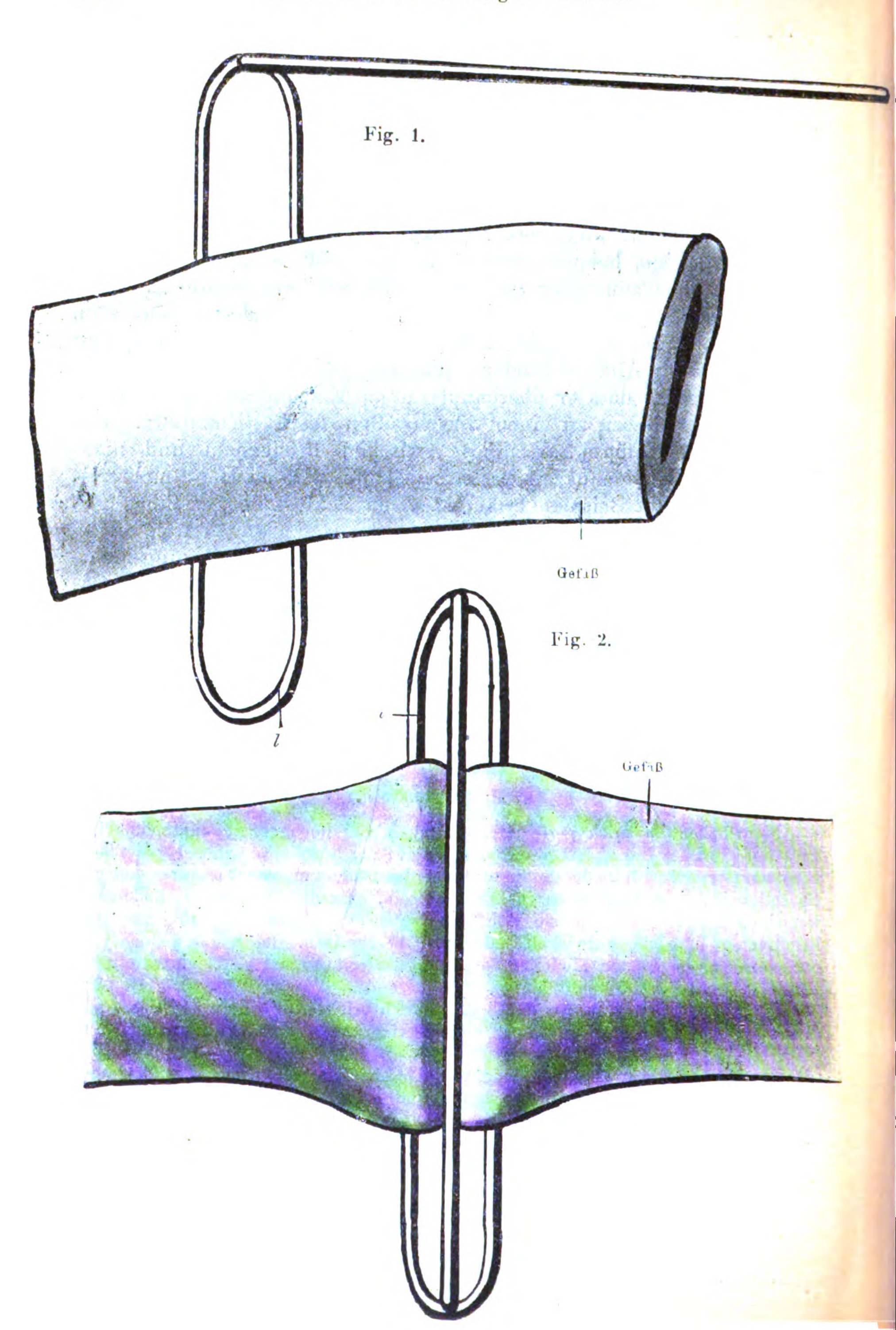
Dr. M. Katzenstein.

Mehrfachen an mich gerichteten Anfragen von Fachgenossen entnehme ich, dass ein gewisses Interesse für die von mir auf der letzten Naturforscherversammlung vorgetragene Methode der instrumentellen Anlegung von Ligaturen besteht. Es soll daher in Folgendem meine Aufgabe sein, kurz die für diese Methode nothwendigen Instrumente, wie sie sich auf Grund zahlreicher, im Frühjahre 1900 begonnener Versuche entwickelt haben, zu beschreiben. Ich werde jedoch jetzt nur von meinen letzten Modellen sprechen, die seit August v. J. mit Erfolg angewendet werden.

Über die Entwicklung der Methode, die Theorie der Wirkung der Ligaturen, die Art ihrer Einheilung und über meine Erfahrungen werde ich demnächst in einer ausführlichen Arbeit berichten.

Die Methode bezweckt eine Anlegung der Ligaturen, ohne dass der Operateur mit seinen Händen die Wunden berührt, und bringt die häufigste Veranlassung einer solchen Berührung in Wegfall.

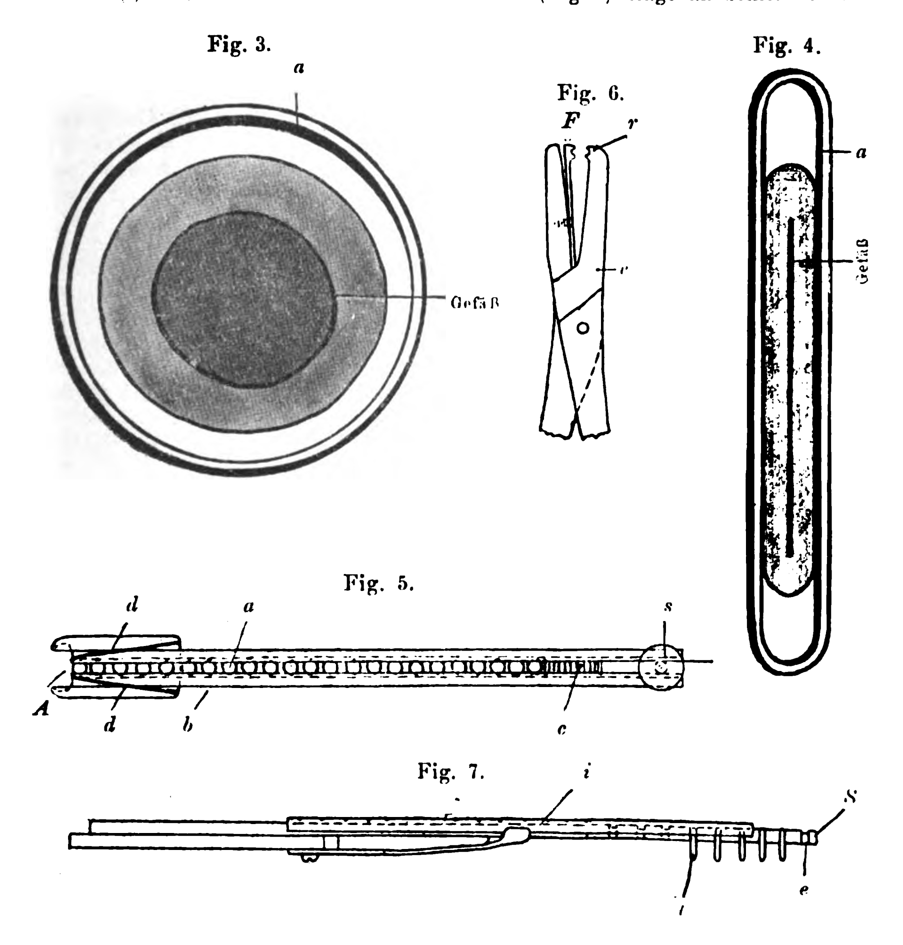
Ich verwende gewöhnliche Péans, die mit kleinen Modifikationen versehen sind und in die zur Unterbindung dienenden, vor der Operation schon fertiggestellten Schlingen hineingebracht werden. Diese Schlingen sind so gebildet, dass es nur eines leichten Druckes mit dem Péan bedarf, um sie zu schließen. Für Kontinuitätsunterbindung verwende ich eine winkelig abgebogene Drahtschlinge (Fig. 1), deren einer Schenkel doppelt ist und deren anderer einfacher Schenkel beim Schließen zwischen diese beiden Theile hineingeklemmt wird (Fig. 2). Es wird dadurch eine doppelte Abknickung des Gefäßes bewirkt (Fig. 2).


Fig. 1.
Gefäß
l
Fig. 2.
Gefäß

Für durchschnittene und blutende Gefäße wird ein kleiner Drahtring verwendet, mit dem das Gefäß leicht gefasst und unterbunden wird (Fig. 3 u. 4 Querschnitt).

Entsprechend diesen Ringen bezw. Schlingen habe ich mir je einen Zuführungsapparat machen lassen, mit Hilfe dessen der Péan armirt wird.

Der zur Aufnahme für die Ringe bestimmte Apparat (Fig. 5) besteht aus einer kleinen Schiene, in die die Ringe (*a*) eingefüllt werden. An einer Seite hat die Schiene eine Aushöhlung (*A*), in die der geöffnete Péan hineinpasst; am anderen Ende befindet sich eine Stellschraube (*s*), damit der die Ringe fortbewegende Schieber (*c*) nicht herausfallen kann. Der Péan (Fig. 6) trägt an seinem oberen



Ende eine Rinne (*r*) zur Aufnahme der Ringe; diese Rinne befindet sich an der einen Branche an einer Feder (*f*).

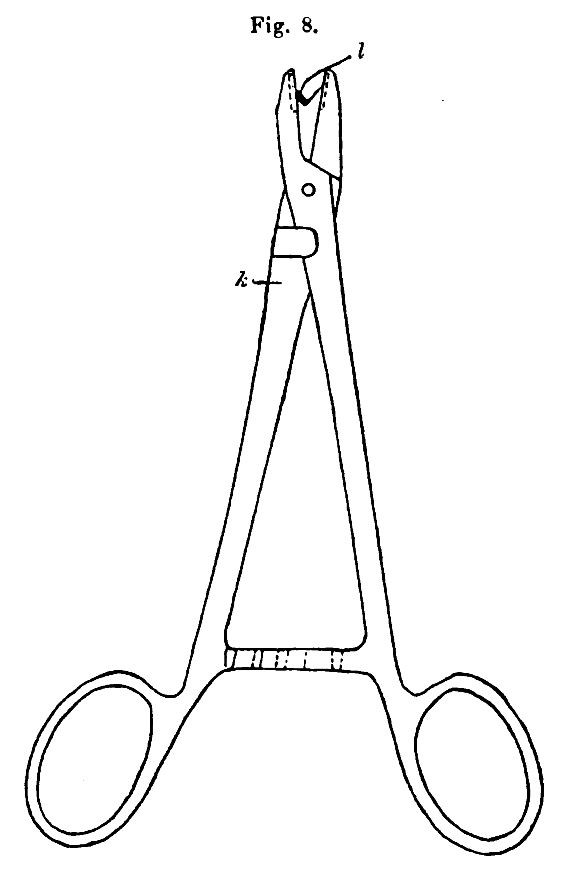
Bringt man nun den Péan geöffnet in den Ausschnitt (*A*) und schiebt den Schieber (*c*) vor, so geht der 1. Ring in die Rinne des Péans über, aus der er in Folge der Wirkung der Feder (*f*) nicht herausfallen kann. So armirt wird der Péan dem Operateur überreicht.

Ähnlich ist die Einrichtung für die offenen Schlingen. Diese (*l*) werden der Reihe nach auf eine dreieckig gebildete, mit entsprechend gebildeten Einschnitten (*e*) versehene Stange (*S*) aufgelegt (Fig. 7) und durch den Schieber (*i*) festgehalten, so zwar, dass ihre oberen Enden frei bleiben. Diese werden von

dem, mit entsprechenden Rinnen versehenen Péan gefasst. Darauf wird der Schieber (*i*) zurückgezogen, und nun bleibt die Schlinge *l* in dem Péan haften (Fig. 8), der so dem Operateur übergeben wird.

So wird die Unterbindung »ohne Hände« ermöglicht. Statt des Fassens der Gefäße und der darauf folgenden Anlegung der Ligatur wird die Unterbindung

Fig. 8.



des Gefäßes mit dem Fassen desselben a tempo ausgeführt, ein Verfahren, das mit der sicheren Asepsis eine wesentliche Vereinfachung und eine bedeutende Zeitersparnis verbindet.

Die Instrumente werden von der Firma Louis und H. Löwenstein, Berlin N., fabricirt.

(Aus der geburtshilflichen Abtheilung des Stadtkrankenhauses zu Riga. Dir. Arzt: Dr. med. A. Keilmann.)

Eine seltene Hüftgelenksaffektion beim Neugeborenen.

Von

Dr. **K. Trantzscher,**

ehemaligem Assistenzarzte.

Die angeborenen Missbildungen des Hüftgelenkes kann man je nach dem Sitze der anatomischen Veränderungen in 3 Gruppen theilen: das eine Mal ist der

Kopf und die Pfanne, das andere Mal der Schenkelhals, das 3. Mal nur die Kapsel betheiligt. Die größte praktische Bedeutung hat die 1. Form, die am häufigsten zu finden ist und in dem klinischen Bilde der Luxation ihren Ausdruck findet. Wie bekannt, handelt es sich hier nicht nur um eine abnorme Stellung des Kopfes zur Pfanne, sondern auch um pathologische Veränderungen in beiden. Die Pfanne fehlt niemals und nimmt die richtige Stelle ein. Auch erscheint meistens das Becken normal. Nur besteht ein Missverhältnis zwischen beiden. Die Pfanne ist flach, und ihre hintere Wölbung füllt ein Fett- oder Bindegewebspolster aus. Oder sie ist eng oder mehr in die Länge gezogen, während der Kopf bald dick, bald rundlich, bald konisch, bald langgestreckt erscheint und immer größer ist als die Pfanne. An der Kapsel selbst sind dabei selten Veränderungen zu konstatiren. Als Folgeerscheinung beobachtet man eine geringere Entwicklung der Muskulatur des luxirten Beines.

Viel kleiner ist dagegen die Gruppe der Deformitäten, die sich auf den Schenkelhals erstreckt. Die Verkrümmung desselben ohne anderweitige Knochenerkrankung ist sehr selten, während die als Coxa vara rachitica bezeichnete Form schon häufiger vorkommt. Es finden sich meist dabei Veränderungen in anderen Gelenken.

Mit diesen beiden Gruppen sind die Missbildungen im Ganzen erschöpft. Was sich noch weiter findet, gehört zu den Ausnahmen, so die von Kirmisson beschriebene Verkürzung der hinteren Kapselwand, wodurch eine gewisse Ähnlichkeit mit der Coxa vara vorgetäuscht wurde.

Ein ähnlicher Fall von Kapselveränderung ist in diesem Jahre in der geburtshilflichen Station des Rigaer Stadtkrankenhauses zur Beobachtung gekommen. Hier saß die Veränderung in der vorderen Kapselwand und bestand in einer Verkürzung des Lig. ileo-femorale, wie es sich erst durch die Sektion feststellen ließ.

Ich will mir erlauben, die Geburtsgeschichte genau zu referiren, da sie für die Ätiologie von Wichtigkeit ist.

W. B., 31 Jahre alt, Ipara, wurde am 20. Januar 1901 in die geburtshilfliche Abtheilung aufgenommen.

Die Kreißende ist kräftig gebaut, in gutem Ernährungszustande. Sie befindet sich im 10. Schwangerschaftsmonate, hat am Morgen des 19. Januar die ersten Wehen gehabt, wobei ihrer Angabe nach etwas Flüssigkeit abgegangen ist. Es wird ein verengtes Becken gefunden und die 1. Steißlage diagnosticirt. Die Blase ist gesprungen. Die Geburt geht nur langsam vorwärts. Trotz kräftiger Wehen ist erst am Morgen des 4. Tages (am 23. Januar) der Steiß tiefer getreten und der Muttermund verstrichen. Die bis dahin kräftigen und lauten Herztöne werden unregelmäßig und dumpf, so dass die Extraktion in Narkose vorgenommen wird (Assistenzarzt Dr. Ruth). Die Scheide ist sehr eng, namentlich der Scheideneingang, so dass man mit dem Finger die hintere Hüftbeuge nicht erreichen kann. Es wird der Steißhaken eingeführt, der leicht in die hintere Hüftbeuge gleitet und gut sitzt. Die Extraktion ist bis zur Schulter leicht, worauf nach Lösung der Arme der Kopf durch die Impression und den Veit'schen Handgriff extrahirt wird. Störend fiel dem Assistenten bei dieser Manipulation die behinderte Extension in der Hüfte und die starke Lordose der Lendenwirbelsäule auf. Das Kind wird todt geboren. Es ist ein Knabe von 3450 g, 54 cm lang mit einem Kopfumfange von 36 cm. Es ist kräftig entwickelt, der Schädel normal, die Knochen von normaler Festigkeit, gut gebaute und gut bewegliche obere Extremitäten, die in keinem Gelenke irgend welche Bewegungseinschränkungen zeigen.

Der Thorax ist breit, gut gewölbt, das Schlüsselbein, das Schulterblatt, die Rippen und die Wirbelsäule sind kräftig und normal. Eben so das Becken.

Rotation, Abduktion und Adduktion und Flexion sind im Hüftgelenke normal. Die Extension ist beiderseits beschränkt. Links kann man die untere Extremität nur bis 135° strecken, rechts nur bis 120°.

Bei Bewegungen im Hüftgelenke, wenn man das Femur stärker gegen das Becken drückt, nimmt man dazwischen ein Gleiten über einen leichten Widerstand wahr. Die Roser-Nélaton'sche Linie ist beiderseits gleich und normal

— der Trochanter erhebt sich nicht über sie — eben so ist die Länge der Oberschenkel beiderseits gleich.

Bei der Streckung im Hüftgelenke ad maximum lässt sich unter der Haut, die nicht gespannt und leicht in Falten abzuheben ist, ein derber Strang fühlen, der von der Spina o. il. a. inf. allmählich dünner werdend an der Vorderseite des Oberschenkels abwärts zieht und im unteren Drittel kaum mehr zu fühlen ist. Nach Durchschneidung der Haut und der sich anspannenden Fascia lata mit dem M. tensor fasciae spannt sich der Quadriceps an. Doch ist die Zunahme der Extension danach beiderseits nur sehr gering. Nach dem Freipräpariren des Gelenkes findet man, dass der Trochanter major an das Becken stößt. Doch ist dies Hindernis bei geringer Innenrotation leicht ausgeschaltet, und man erkennt jetzt deutlich, dass die vordere Gelenkkapsel die weitere Extension unmöglich macht. Am eröffneten linken Gelenke fällt die geringe Tiefe der Pfanne auf, wie sie bei dem Neugeborenen normal ist, mit dem breiten und starken Lig. teres. Das Gleiten des Kopfes über einen geringen Widerstand bei stärkerem Aneinanderpressen der Theile findet in diesem normalen Bau des kindlichen Gelenkes seine Erklärung. Das Femur ist kräftig, eben so wie die übrigen Knochen der unteren Extremität, der Winkel des Schenkelhalses zum Schafte unterscheidet sich durch nichts von den normalen Verhältnissen, die Höhe des Trochanters zum Schenkelkopfe bietet nichts Abnormes. Nur fällt bei genauerer Betrachtung eine leichte Abflachung des Kopfes an der inneren und hinteren Seite auf.

Die Beweglichkeit im Knie ist normal, doch ist die Kapsel schlaff und lässt ohne Schwierigkeit eine Annäherung oder Entfernung der Knochen von einander zu. Im Fußgelenke sind ebenfalls normale Bewegungsverhältnisse zu finden.

Auffallend ist die Veränderung im Hüftgelenke bei einem normal gebauten und kräftig entwickeltem Kinde, wo jegliche Spuren von Knochenerkrankung fehlten. Eine klinische Diagnose zu stellen, war nicht leicht. Die Extensionsbehinderung des Oberschenkels, die durch eine starke Lordose der Lendenwirbelsäule kompensirt wurde, machte auf den ersten Blick den Eindruck einer doppelseitigen Luxation. Doch konnte man sich leicht überzeugen, dass die Trochanteren beiderseits nicht höher als normal standen und die Roser-Nélaton'sche Linie nicht überragten. Es lag nahe, an eine Coxa vara zu denken, obgleich diese Annahme zu dem übrigen Befunde gar nicht passte. Erst die Sektion gab die Aufklärung. Eine normale Pfanne, nicht flacher, als sie beim Neugeborenen zu sein pflegt, mit einem gut ausgebildeten Labrum glenoidale, ein entsprechender Kopf dazu, nicht zu groß für dieselbe, rundlich, nur an einer Stelle, hinten und innen, ein wenig abgeflacht, und ein Schenkelhals von gewöhnlicher Länge ohne Verbiegung und ohne Verkrümmung. Im Gelenke eine normale Synovialis. Die Kapsel, kräftig und stark, spannte sich in ihrem vorderen Theile, in dem Lig. ileo-femorale bei stärkerer Extension derart an, dass die äußerste Grenze mit 120° resp. 135° erreicht war.

Worin lag die Ursache dieser auffallenden Erscheinung? Da Mutter und Kind völlig gesund waren, liegt es nahe, nicht die Konstitution, sondern die äußeren Verhältnisse als Erklärung heranzuziehen. Erinnern wir uns, dass das Kind in Steißlage geboren wurde und die Menge des Fruchtwassers gering war. Und das ist sehr wichtig. Gerade der intra-uterine Raummangel, der bei den verschiedenen Hüftgelenksaffektionen, so vor Allem bei der Luxation eine große Rolle spielt, weist uns auf den richtigen Weg. Nehmen wir an, dass die angegebene Lage des Kindes schon mehrere Monate bestanden hat, so ist dadurch eine starke Einschränkung der normalen Kindsbewegungen bedingt, die sich aber nur auf die untere Extremität bezieht. Denn die obere hat neben dem verhältnismäßig großen Kopfe genug Spielraum, sich zu bewegen. Liegt das Kind in Schädellage, so ist durch die birnförmige Form des Uterus, der oben breiter ist, auch für die Bewegungsfähigkeit der unteren Extremität genügend Raum vorhanden. Ganz anders aber bei der Steißlage. Die starke Flexionsstellung in der Hüfte wird durch den Mangel an Fruchtwasser zu einer dauernden. Die Folge ist eine Inaktivitätsatrophie, die sich auf die Flexoren und das Gelenk erstreckt.

Am deutlichsten kommt sie in der Verkürzung des Lig. ileo-femorale zum Ausdrucke. Doch auch die Fascie ist betheiligt. Ganz dieselbe Erscheinung, wie wir sie sonst bei länger eingehaltener abnormer Gelenkstellung beobachten, konnten wir hier finden, nämlich eine Schrumpfung der Fascia lata und eine geringere Ausdehnungsfähigkeit des M. quadriceps. Alle diese Erscheinungen waren beiderseits deutlich ausgesprochen und stützen unsere Annahme von der rein mechanischen Wachsthumsbehinderung der Beugemuskulatur und der vorderen Gelenkkapsel.

---

14) **A. Broca.** Péritonite à pneumocoques.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900. No. 84.)

B. theilt 2 Beobachtungen mit, in denen er unter dem Eindrucke, eine Appendicitis mit eitrigem Ergusse in die Bauchhöhle vor sich zu haben, die Laparotomie machte. In einem der beiden Fälle, in dem die bakteriologische Diagnose aus dem Eiter gestellt werden konnte, fand man bei der Autopsie einige pneumonische Herde in beiden Lungen. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

15) **J. Grossmann.** Beiträge zur Kenntnis der Proteusinfektion.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 1.)

In dem vom Verf. mitgetheilten Falle handelte es sich um eine akute Perityphlitis mit folgender rasch tödlich verlaufener Peritonitis. Bei der 2 Tage vor dem Tode vorgenommenen Laparotomie wurden Eiter und Membranen steril aufgefangen. Sie zeigten mikroskopisch zahlreiche Stäbchen und kokkenartige Bakterien. Auf Nährböden wuchern Reinkulturen des Proteus; geimpfte Thiere gingen ebenfalls an Proteusinfektion zu Grunde. Die Identität mit dem echten Proteus vulgaris wurde in sehr eingehender Weise festgestellt. Verf. glaubt nach seinen Befunden annehmen zu dürfen, dass der Proteus in seinem Falle als alleiniger Erreger der Peritonitis anzusehen war. **Honsell** (Tübingen).

16) **K. Port** (Nürnberg). Die Eröffnung perityphlitischer Douglasabscesse vom Parasacralschnitte aus.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 4.)

Bericht über erfolgreiche Freilegung und Eröffnung eines hochgelegenen epityphlitischen Abscesses im Douglasraume von einem parasacralen Schnitte (C. Koch) aus. P. rühmt letzterem, abgesehen von der Vermeidung der Kothinfektion, nach, dass eine breite Abflussöffnung für den Eiter geschaffen und das Operationsfeld gut übersehen werden könne, und hält das Verfahren gegenüber dem J. Rotter'schen besonders für die hochgelegenen Abscesse angezeigt.

Kramer (Glogau).

17) **F. Berndt** (Stralsund). Über Epityphlitis und den gegenwärtigen Stand ihrer Behandlung.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 6 u. 7.)

Der Standpunkt B.'s entspricht im Wesentlichen dem heut zu Tage von der Mehrzahl der deutschen Chirurgen eingenommenen, so dass wir uns beschränken können, hier nur die von ihm erreichten schönen Resultate anzuführen. Es wurden von B. zusammen 40 Fälle operirt: 1) Im anfallsfreien Stadium 15 Pat., sämmtlich geheilt. 2) Unmittelbar nach Ablauf eines akuten Anfalles 7 Pat., sämmtlich geheilt. 3) Eröffnung großer abgekapselter Abscesse, mit länger dauerndem Fieber bei 5 Pat., sämmtlich geheilt. 4) Operation im akuten Anfalle: a. bei nicht perforirtem Wurmfortsatze bei 2 Pat., beide geheilt; b. bei Appendicitis perforativa oder gangraenosa bei 11 Pat., davon geheilt 5, gestorben 6. Von letzteren waren 2 Fälle von akuter totaler Gangrän des Wurmfortsatzes; 3 Fälle wurden fast pulslos der Anstalt zugewiesen; der letzte starb nach Anfangs günstigem Verlaufe an fortschreitender Peritonitis.

Zur Nachuntersuchung sind 24 der Operirten gekommen; 3 zeigten einen Bauchbruch. Darmfisteln hatten bei der Entlassung 2 Pat.; bei dem einen schloss sie sich spontan, beim anderen führten Nachoperationen nicht zum Ziele.

Kramer (Glogau).

18) **L. J. Ladinski.** Internal hemorrhage the result of traumatic rupture of adhesions due to acute appendicitis with the report of a case.

(New York med. record 1900. December 15.)

Eine außerordentlich merkwürdige Blutung aus Gefäßen des Wurmfortsatzgekröses, das durch ein Trauma zerriss. Die unmittelbar nachfolgenden septischen Erscheinungen rührten von einer vermuthlich kurz vorher eingetretenen Appendicitis her; der $8^1/_2$ Jahre alte Knabe hatte früh über Schmerzen im Leibe geklagt und erlitt Nachmittags einen schweren Sturz vom Treppengeländer. Durch die Operation wurde mit Erfolg der Wurmfortsatz entfernt; er war U-förmig einerseits durch sein Gekröse, andererseits oben und innen am Blinddarme durch frische Adhäsionen fixirt. Die ganze Region war injicirt und hyperämisch. Die Peritonealhöhle wurde vom Blute gereinigt, mit Salzwasser ausgewaschen und geschlossen. Ungestörte Genesung. **Loewenhardt** (Breslau).

19) **F. Neugebauer.** Bericht über die im Allgem. Krankenhause zu Mähr.-Ostrau operativ behandelten Fälle von Appendicitis.

(Prager med. Wochenschrift 1900. No. 37 u. 38.)

N. berichtet in einem im Centralvereine deutscher Ärzte Mährens gehaltenen Vortrage über die im Ostrauer Krankenhause operirten Appendicitisfälle. Hervorgehoben zu werden verdienen 8 Fälle von larvirter Appendicitis, welche theils wegen rechtsseitigen Leistenbruches, theils wegen Retroversio uteri Aufnahme gefunden hatten. Nachdem man in den ersten Fällen zufällig bei Eröffnung des Bruchsackes auf den eigentlichen Urheber der Beschwerden gestoßen war, konnte man in den weiteren nach genauer Anamnese eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose stellen, die nur einmal bei der Operation keine Bestätigung fand. Die subjektiven Beschwerden waren so wenig charakteristisch, dass sie durch die des vorhandenen Leidens sehr wohl maskirt werden konnten. Objektiv konnte im Gegensatze zu Ewald ein walzenförmiger Körper nie getastet werden, obwohl manchmal beträchtliche Hypertrophien des Organes vorlagen. Verf. weist darauf hin, wie leicht es geschehen kann, dass z. B. ein rechtsseitiger Leistenbruch radikal beseitigt wird bei Übersehen der tiefer gelegenen Leidensursache. Er empfiehlt desshalb in solchen Fällen genaues Studium der Anamnese bezw. Einblicknahme ins Cavum peritonei durch Öffnung des Bruchsackes.

Von den übrigen Fällen sei einer erwähnt, bei welchem als sehr ungewöhnlicher Inhalt eines Wurmfortsatzes sich metallisches Quecksilber vorfand.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

20) **R. Lenzmann.** Über Appendicitis larvata.

(Deutsche Ärzte-Zeitung 1901. No. 5.)

In einem auf der Naturforscherversammlung zu Aachen gehaltenen Vortrage berichtet L. über 5 Kranke, deren Untersuchung zur Diagnose der von Ewald so genannten Appendicitis larvata führte. In der Anamnese fehlten die charakteristischen Anfälle; der Entzündungszustand des Wurmfortsatzes hatte sich schleichend entwickelt. Die Beschwerden wiesen auf eine Erkrankung des Wurmfortsatzes nur sehr mittelbar hin. Es bestanden meist kolikartige Schmerzen in der Nabelgegend und Appetitlosigkeit; 1mal ließ sich nur schmerzhaftes Magendrücken nach dem Essen und Hyperacidität des Mageninhaltes feststellen. Als sicheres objektives Zeichen war jedoch stets ein Wulst in der Regio ileo-coecalis zu tasten, welcher durch den Eingriff als Wurmfortsatz bestätigt wurde.



In diagnostischer Beziehung räth L. bei der Untersuchung das rechte Bein des Kranken aktiv heben zu lassen. Der sich kontrahirende M. psoas erhebe so den über ihn wegziehenden Wurmfortsatz und mache ihn der Tastung zugänglicher unter Voraussetzung einer normalen Lagerung.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

21) **Auvray.** Hernie inguino-interstitielle chez la femme (hernie de Goyrand).

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900. No. 46.)

Der Fall, welcher eine 45jährige Frau betraf, bot die Zeichen eines Ileus dar. Nachdem der Bauch in der Mittellinie geöffnet war, zeigte sich die Fossa iliaca dextra frei. Die untersuchende Hand wurde durch eine dem Herausziehen Widerstand leistende Darmschlinge auf eine Stelle an der rechten vorderen Bauchwand geführt, welche dem peritonealen Anfange des Leistenkanales entsprach. Hier konnte der Zeigefinger in einen Ring eingeführt werden, in welchem sowohl die ausgedehnte wie die zusammengefallene Partie des Darmes verschwand. Jetzt wurde an dieser Stelle von außen her incidirt: Haut, subkutanes Fettgewebe, Aponeurose des M. obl. ext. Zwischen dieser Aponeurose und dem M. obl. int. lag die eingeklemmte Darmschlinge, angeschwollen, verfärbt, mit Fibrinmembranen bedeckt. Die Länge des eingeklemmten Stückes betrug 12 cm; es schien sich noch während der Operation zu erholen und wurde reponirt. 6 Tage später ging die Kranke an Perforativperitonitis zu Grunde. Die primäre Darmresektion hätte kein schlechteres Resultat ergeben können. (Ref.)

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

22) **Chavannaz.** Noeud épiploïque dans une hernie inguinale. Hydrocèle enkystée du cordon et hydrocèle vaginale concomitantes. Intervention. Guérison.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900. No. 51.)

In dem Bruchsacke eines irreponiblen Bruches (17jähriger Junge) fand C. das Netz an seinem freien Ende umgebogen, eine Schlinge bildend. Der aufsteigende Antheil derselben rollte sich um die Hauptmasse des Netzes 2mal herum. Der dadurch entstandene Knoten war nicht sehr fest angezogen und konnte gelockert werden. Resektion des stark verdickten Netzstückes.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

23) **A. Schanz** (Dresden). Bruchband mit elastischer Beutelpelotte.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 9.)

S. empfiehlt für die nicht reponiblen Brüche an Stelle der hohlen Pelotte, unter deren Rand sich Bruchinhalt leicht vordrängt, einen schmalen stählernen Ring, welcher die Bruchgeschwulst an ihrer Basis umgreift, mit einem in ihn eingenähten Gummitrikotbeutel. **Kramer** (Glogau).

24) **Wiesinger.** Ein Fall von Volvulus des Magens mit totalem dadurch bedingten Verschlusse von Cardia und Pylorus und akuter Fettnekrose. Heilung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 6.)

Ein 41jähriger Mann erkrankte nach einem reichlichen Frühstücke unter den Erscheinungen eines akuten Ileus. Es bildete sich dazu eine Geschwulst im linken Hypochondrium aus, die nach und nach die ganze Bauchhöhle einnahm. Am 4. Tage nach Beginn der Erkrankung Aufnahme in das Krankenhaus, sofortige Operation. In der Bauchhöhle eine mäßige Menge blutiger Flüssigkeit mit Fibringerinnseln. Die Geschwulst imponirt als Pankreascyste, die den Magen prall gespannt hatte. Das Netz zeigte zahlreiche Fettnekrosen. Nach Entleerung von ca. 4 Litern Flüssigkeit theils nach Punktion, theils nach Incision der vorderen



Magenwand ließ sich erkennen, dass der Magen völlig um seine Achse um 180° gedreht und dass so Pylorus und Cardia völlig geschlossen waren. In dieser Lage war der Magen durch einige nicht zu feste Adhäsionen fixirt, nach deren stumpfer Lösung und Zurücklagern des Colon an seine normale Stelle sich der Magen um seine Achse drehte.

Das Lig. gastrocolicum war mehr oberhalb des Magens gelagert und daselbst fixirt. Das Mesocolon war stark gedehnt. Wichtig ist ferner die Heilung der Fettnekrose nach Beseitigung der Ursache. **Borchard** (Posen).

25) **Häberlin** (Zürich). Kasuistische Beiträge zur Magenchirurgie.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 9.)

Aus dem von H. vorgeführten Operationsmateriale von 8 Fällen seien nur ein seit $4^1/_2$ Jahren geheilter Fall von Magenresektion wegen Krebs, ein günstig verlaufener von Pylorusausschneidung wegen chronischen Geschwürs und 2, 24 resp. 30 Stunden nach erfolgtem Magengeschwürsdurchbruche gemachte Bauchschnitte kurz hervorgehoben, die den tödlichen Ausgang nicht aufhalten konnten; in dem ersten dieser letzteren 2 Fälle wurde die Perforation in die Bauchwand eingenäht, in dem anderen durch Nähte verschlossen. Die übrigen Pat. überstanden die Operationen gut. **Kramer** (Glogau).

26) **J. Nicolaysen.** Nachuntersuchungen über 27 chirurgisch behandelte Fälle von Ulcus ventriculi chronicum.

(Nord. med. Arkiv N. F. Bd. XI. Abth. 17. [Norwegisch.])

Verf. hat in 27 Fällen von chronischem Magengeschwür 5mal Pyloroplastik und 22mal Gastroenterostomie (3 anteriores, 19 posteriores) ausgeführt. 2 Pat. sind unmittelbar an der Operation gestorben; in Betreff der übrigen hat Verf. Funktionsprüfungen gemacht und Blutkörperchenzählungen nebst Stoffwechseluntersuchungen ausführen lassen. 12 Fälle hat er mehr als 2 Jahre nach der Operation, 8 ein Jahr verfolgen können.

Wenn die Stenose hochgradig war, kam totale Wiederherstellung der Motilität erst nach mehreren Monaten zu Stande; in den mittelschweren und leichteren Fällen dagegen war diese schon nach 4 Wochen normal. Ein entsprechendes Verhalten zeigte die Resorptionsfähigkeit in Betreff der stickstoff- und fetthaltigen Nahrungsmittel.

Sehr interessant sind die Untersuchungen über die Ausnutzung der Nahrungsmittel, die bei 2 Pat. gemacht wurden. Der eine wurde 1 Jahr, der andere 15 Wochen nach der Operation untersucht; der erste verlor mit den Fäces 3,8% der Fettstoffe der Nahrung, der andere — bei gleichem Gehalte von Fettstoffen — 13,11%. Ein Jahr später wurde der 2. Pat. noch einmal untersucht; der Verlust der Fettstoffe betrug dann nur 3,63%.

Unter den ferner liegenden Resultaten der Operation zählt Verf. 4 Todesfälle 1—21 Monate nach der Operation auf; sie erfolgten an Krankheiten, die mit dem Geschwüre nicht im Zusammenhange standen. 9 Pat. hatten Bluterbrechen kurze Zeit vor der Operation gehabt, oder es fand sich bei der Operation ein offenes Geschwür. Von diesen hatten 4 während des 1. oder 2. Jahres kleine Recidive von Schmerzen oder Bluterbrechen gehabt. In einem Falle wurde zuerst die Pyloroplastik gemacht und 2 Jahre später eine Gastroenterostomie. Alle diese Pat. waren bei der Veröffentlichung der Arbeit gesund. 15 Kranke können als völlig hergestellt betrachtet werden. **Hansson** (Cimbrishamn).

27) **Vince.** Rupture d'ulcère duodénal.

(Indépendance méd. 1901. No. 11.)

Bei dem betreffenden Pat. traten im Anschlusse an eine starke Anstrengung sehr lebhafte Leibschmerzen und alsbald die Erscheinungen einer Perforationsperitonitis auf. Operation 24 Stunden später; nach Eröffnung des Bauchfelles entleerten sich Gase und stoßweise ein Strom von Galle, welche aus der Öffnung

eines alten perforirten Duodenalgeschwüres hervordrang. Die peritonealen Verwachsungen, welche den Grund des Geschwüres bildeten, waren in Folge der heftigen Anstrengung zerrissen. Tod nach einigen Stunden. **Mohr** (Bielefeld).

28) **v. Bardeleben.** Zur Kasuistik der totalen Magenexstirpation.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 15.)

Bei einer 52jährigen Frau, die v. B. am 8. December in der Versammlung niederrh.-westfäl. Chirurgen vorstellte, hatte er am 28. August 1900 den ganzen Magen einschließlich Cardia und Pylorus wegen Magencarcinom entfernt. Die Speiseröhre wurde so viel als möglich vorgezogen, provisorisch abgebunden und unterhalb der Ligatur durchtrennt, der ganze Magen mit den erkrankten Drüsen entfernt und dann Speiseröhre stumpf so wie Duodenum durch Doppelnaht geschlossen. Hierauf wurde die 1. Dünndarmschlinge hervorgezogen, seitlich an die Speiseröhre in etwa 35 cm von dem Gekrösansatze derselben durch doppelte Speiseröhren-Dünndarmnaht anastomosirt. Schon am Abend des Operationstages Ernährung durch den Mund. Seit der Operation hat Pat. 37 Pfund an Gewicht zugenommen. **Borchard** (Posen).

29) **P. R. Bolton.** The treatment of colitis by valvular colostomy and irrigation.

(New York med. record 1901. März 16.)

Die Behandlung chronisch entzündlicher Zustände des Colon durch Anlage eines künstlichen Afters im Blinddarme wurde schon früher vorgeschlagen. Auch die medikamentöse Behandlung spielt dabei eine Rolle, nicht nur die Ableitung des Kothstromes von den ulcerirten Stellen. Der Vorschlag von B. räth, eine Kolostomie nach Art von Kader's Gastrostomie auszuführen. Nach 7 Tagen wurde der Katheter aus der invertirten Falte entfernt, das Ventil funktionirte tadellos. Nach 2wöchentlichen reichlichen Ausspülungen (mit schwachen Silberlösungen und nachheriger $^1/_2$%iger Kochsalzlösung) verließ der Kranke das Hospital. Später blieb eine kleine Hernie zurück. **Loewenhardt** (Breslau).

30) **Richardson.** A case of idiopathic dilatation of the colon.

(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 7.)

Bei der Pat. war wegen Erscheinungen von chronischer Appendicitis $^1/_4$ Jahr früher die Entfernung des Wurmfortsatzes gemacht. Wegen Tympanitis mit großer Ausdehnung des Leibes wurde die Laparotomie gemacht, die Flexura sigmoidea, die so ausgedehnt war, dass sie den ganzen oberen Theil des Leibes füllte, resecirt, das Colon descendens mit dem Mastdarme vernäht. Nach anfänglicher Besserung traten bald wieder Beschwerden ein wie früher, der Leib wurde stark aufgetrieben, tympanitisch; während die Geschwulst früher nur bei Spannung der Bauchmuskulatur bestand und bei Erschlaffung, z. B. in Narkose, verschwand, blieb sie jetzt bestehen. Bei erneuter Laparotomie, 1 Jahr nach der ersten, fand sich der stark ausgedehnte, verdickte Darm an Stelle der Resektionsnarbe geknickt; die jetzt vorgenommene Richtiglagerung hatte kein Ergebnis, so dass $^1/_4$ Jahr später eine neue Laparotomie gemacht wurde. Sie ergab gewissermaßen eine neugebildete, sehr große Flexura sigmoidea, deren Wände verdickt waren und die das Becken und den oberen Bauchraum ausfüllte. Durch eine Anzahl angelegter Querfalten wurde die Knickung ausgeglichen. Auch diese Operation hatte keinen Erfolg. In Folge dessen nochmalige Resektion des ausgedehnten Theiles; der retroflektirte Uterus, der vielleicht einen Druck auf den Mastdarm ausübte, wurde ventrofixirt. Zunächst folgte Herstellung, später aber traten die alten Beschwerden wieder ein. Die Möglichkeiten, durch welche die immer wieder erfolgende Ausdehnung des Darmes verursacht werden konnten, sind ausführlich erörtert. **Trapp** (Bückeburg).

31) **G. Reinbach.** Kombination von kongenitalem, partiellem Defekt und Lageanomalie des Dickdarmes mit erworbener Stenose.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 1.)

Der von R. beschriebene Befund wurde hei der Laparotomie eines 35jährigen, an Darmstenose leidenden Mannes erhoben. Blinddarm, Wurmfortsatz und aufsteigender Dickdarm waren nicht aufzufinden. Der Übergang des stark erweiterten Dünndarmes in den Dickdarm fand sich median von der Gallenblasengegend. Von hier verlief der Dickdarm als Colon transversum und descendens an der linken Leibesseite herab, stieg dann rechts wieder bis in die Gallenblasengegend empor, bog hier in scharfem Winkel nach abwärts und erreichte so — von rechts her — das kleine Becken. Zwischen den beiden Schenkeln dieses letzteren, als eine nach rechts verlagerte Flexura sigmoidea anzusehenden Darmabschnittes bestanden ausgedehnte, auch auf das Peritoneum parietale übergreifende Verwachsungen. Die Lichtung war aller Wahrscheinlichkeit nach in der Regio ileocolica, vielleicht außerdem noch am Flexurscheitel verengt. Nach Anastomose zwischen Ileum und abführendem Flexurschenkel erfolgte Heilung. **Honsell** (Tübingen).

32) **Dietrich.** Noch ein Fall von Ileus, mit Atropin behandelt.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 8.)

33) **Simon.** Zur Atropinbehandlung des Ileus.

(Ibid. No. 12.)

34) **Höchtlen.** Ein weiterer Fall von Ileus, der mit Atropin behandelt wurde.

(Ibid.)

Im D.'schen Falle genügten die Anfangsdosen von 1 und $1^1/_2$ mg Atropin nicht, um das Krankheitsbild zu ändern; erst nach Injektion von 3 mg schwanden, freilich unter Hinzutreten von mäßigen Intoxikationserscheinungen, rasch alle Ileussymptome.

Auch S. hatte in seinem Falle mit den kleinen Dosen keinen ausreichenden Erfolg, der erst, gleichfalls unter Vergiftungserscheinungen, nach 2maliger Gabe von je 2 mg Atropin in gewünschter Weise eintrat.

Die H.'sche Pat., 71 Jahre alt, ging, nachdem 3 mg Atropin keine Besserung des Ileus gebracht, hingegen zu ziemlich heftigen Intoxikationssymptomen geführt hatten, zu Grunde; der Darm war durch starke peritonitische Stränge abgeschnürt. **Kramer** (Glogau).

35) **Marchand.** Invagination iléocoecale avec gangrène intestinale.

(Indépendance méd. 1901. No. 11.)

Der 27jährige Pat. wurde von van Engelen wegen wenig ausgesprochener appendicitischer Erscheinungen operirt. Es fand sich eine doppelte Invagination und Darmgangrän. Resektion der Invagination. In das Colon ascendens hatte sich ein Theil des Ileums invaginirt, und in dieses hinein wiederum eine andere Ileumschlinge. Im Inneren dieser Schlinge fand sich ein Schleimhautpolyp. Da der Pat. an habitueller Verstopfung litt, nimmt Verf. an, dass einmal eine Erweiterung der Bauhin'schen Klappe vorhanden war, andererseits die angehäuften Kothmassen in einem gegebenen Augenblicke den Polypen vor sich herschoben, welcher, da er nicht zurücktreten konnte, nun den Eintritt eines neuen Theiles des Ileums in die bereits zu Stande gekommene Invaginatio ileocoecalis veranlasste.

Verf. fand unter 600 Fällen von Invagination nur 8 doppelte Invaginationen angegeben, welche meist Kinder unter 5 Jahren betrafen. **Mohr** (Bielefeld).

Berichtigung. P. 546 Z. 16 v. o. lies Zeichen statt Zeiten.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 24. **Sonnabend, den 15. Juni.** **1901.**

I.

Über eine verbesserte Methode von Gehverbänden bei Ober- und Unterschenkelbrüchen.

Von

Dr. **Huschenbett** in Eschwege.

Bei dem bisher üblichen Verfahren in der Anlage von Gehverbänden ist es ein in die Augen springender Mangel, dass hierbei das Kniegelenk fixirt wird. Einmal leidet darunter der Gang wesentlich, ganz besonders aber leidet das Kniegelenk selbst in Folge der langen Ruhestellung, so dass oft Wochen vergehen, bevor die volle Beweglichkeit wieder hergestellt ist.

In einfacher Weise glaube ich diesem Übel abgeholfen zu haben, indem ich bei der Anlage der Gehverbände von vorn herein das Kniegelenk beweglich halte.

Der erste und wichtigste Punkt ist natürlich die tadellose Anlage eines Gipsverbandes; denn hiermit steht und fällt der Erfolg. Ist die Schwellung nicht allzustark, dann arbeite ich den Gipsverband direkt auf Tricot und polstere nur die Kniebeuge. Der Tricotschlauch wird oben über einem eingelegten Wattering umgelegt, wodurch man einen sauberen Abschluss erhält. Das über die Zehen überstehende Ende wird nach der Planta pedis umgebogen und bildet so eine gut sitzende Bedeckung des vorderen Fußabschnittes.



Fig. 1.



Besonderer Rücksicht bedarf die Polsterung der Kniebeuge. Denn da bei gebeugtem Knie die Umfänge um einige Centimeter größer sind als bei gestrecktem, so muss diesem Umstande durch eine entsprechende Vermehrung der Polsterung Rechnung getragen werden.

Dass beim Eingipsen von Oberschenkelbrüchen Erwachsener die Narkose nicht zu entbehren ist, soll nur beiläufig erwähnt werden. Unterschenkelbrüche gipse ich ohne Narkose.

Der Gipsverband braucht und soll nur so stark sein, um ein festes Anziehen der nachträglich anzulegenden Wasserglasbinden zu ermöglichen.

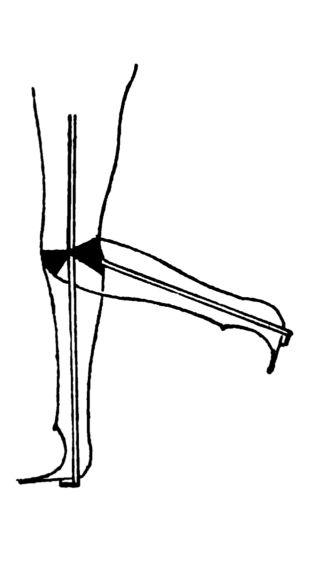
Ist der Gipsverband getrocknet, so befestigt man auf ihm die im Kniegelenke bewegliche Eisenschiene.

Diese besteht aus gewöhnlichem Bandeisen, welches, da es nur eine kleine Strecke von einigen Centimetern frei zu tragen hat, nicht stark zu sein braucht. Es genügt eine Stärke von 2 mm bei einer Breite von $1^1/_2$—2 cm für den schwersten Mann.

Fig. 2.



Fig. 3.



Die Schiene muss der eingegipsten Extremität absolut genau nachgebogen werden, weil jeder Punkt derselben gleichmäßig mit tragen helfen soll. Seitlich sind in Abständen von etwa 5—5 cm Einhaue gemacht, damit die später anzulegenden Wasserglasbinden besser haften. Die Scharniere sind einfach so hergestellt, dass die Eisenenden durchlocht und über Scheiben vernietet wurden.

Die Länge der Schiene so wie die Breite des Tretstückes richten sich natürlich nach dem einzelnen Falle.

Die Achse des Kniegelenkes, d. h. den physiologischen Drehpunkt, findet man leicht, wenn man das gesunde Bein zum Vergleiche heranzieht. Hat man sich diese beiden Punkte fixirt, dann schneidet man mit einer Stichsäge aus der Kniebeuge einen Keil aus, dessen Spitze den eben genannten Punkten entspricht, und

dessen Breite natürlich zu der gewünschten Beweglichkeit im geraden Verhältnisse steht.

Dann sägt man von diesen Drehpunkten aus auch seitlich eine Strecke weit nach vorn ein und lässt zunächst oben eine kleine Gipsbrücke vor der Patella stehen, um eine Verschiebung des Gipsverbandes zu verhindern. Die beigefügte schematische Zeichnung möge die Verhältnisse erläutern.

Nun befestigt man die Eisenschiene mit Wasserglasbinden, indem man besonders darauf Rücksicht nimmt, dass die Scharniere genau an die vorher bestimmten Punkte zu liegen kommen. Sitzt die Schiene, so braucht man nur die letzte Spange der Gipsschale zu durchsägen, und das Kniegelenk ist beweglich.

Die freie Beweglichkeit des Fußgelenkes erreicht man einfach in der Weise, dass man die Gipsschale bogenförmig über dem Fußrücken wegschneidet.

Die Resultate, die ich unter Anwendung dieses Verfahrens erzielt habe, sind die denkbar günstigsten gewesen.

Sämmtliche Frakturen sind ohne Dislokation und ohne jede Verkürzung geheilt. Dabei sind die Pat. vom 2. Tage an aufgestanden und herumgegangen mit Hilfe eines Stockes. Das Allgemeinbefinden war durchweg vorzüglich, und die Pat. schienen nach Ablauf der 1. Woche von ihrer Fraktur nichts mehr zu merken.

Dass sich nun dieses Verfahren nicht nur bei jungen Leuten anwenden lässt, sondern auch mit bestem Erfolge für Greise brauchbar ist, dafür soll die beigefügte Abbildung den Beweis erbringen.

Wenn man bedenkt, dass dieser Pat. 70 Jahre zählt, wenn man ferner berücksichtigt, dass bei dem Kranken außer der Fraktur des linken Unterschenkels noch 1) eine Luxatio humeri, 2) Fractura colli humeri und 3) eine Fractura Epicondyli interni des rechten Armes vorlag, so wird man wohl den Werth eines Verfahrens anerkennen, welches einem so schwer Verletzten die freie Beweglichkeit im Raume garantirt. Man denke sich den Mann 6 Wochen ans Bett gefesselt! Welch sorgfältiger Pflege es schon im Allgemeinen bedarf, um einen wochenlang im Streckverbande Liegenden vor Decubitus zu schützen, weiß jeder Sachverständige, und nun vollends bei einem Pat. in dem Alter und vor Allem mit Rücksicht auf die zugleich noch bestehenden Komplikationen. Von der Gefahr der Pneumonie will ich ganz absehen.

Was endlich die Schwere dieser Verbände anlangt, so bin ich überzeugt, dass dieselbe von den meisten Herren Kollegen überschätzt wird. Meine Verbände bei Oberschenkelbrüchen haben im Durchschnitte $7^1/_2$ Pfund, bei Unterschenkelbrüchen $4^1/_2$ Pfund gewogen. Das sind Gewichte, an die Erwachsene sich mit Leichtigkeit gewöhnen.

Für Kinder im Alter von 12—15 Jahren würde das Gewicht selbstverständlich auf die Hälfte, ja auf $^1/_3$ niedergedrückt werden können.

Indem ich hiermit die von mir angewandte Methode der im Kniegelenke beweglichen Gehverbände der Öffentlickeit übergebe, möchte ich dieselbe der Nachahmung anempfehlen.

II.

(Aus dem Elisabeth-Krankenhause zu Kassel.)

Tüll bei der Transplantation.

Von

F. Kuhn.

Die folgenden Zeilen betreffen einen kleinen Kunstgriff bei der Ausführung und Nachbehandlung der Thiersch'schen Transplantationen.

Unverkennbar liegt nach Auflegung der kleinen Läppchen, namentlich bei der Ausführung von Transplantationen an exponirten oder sehr beweglichen Körpertheilen, z. B. an Fingern oder im Gesichte, eine gewisse Schwierigkeit in der thunlichsten Immobilisirung resp. Befestigung der Läppchen auf ihrer Unterlage und ihrer möglichsten Isolirung gegen die aufzulegenden Verbandstoffe, namentlich wenn die Blutung vielleicht etwas schwer zu stillen ist, und eine gewisse Kompression geboten erscheint.

Seither empfahl und benutzte man als Zwischenlage zwischen die Läppchen und die aufgelegten Verbandstoffe vielfach Guttapertschapapier, das man an vielen Stellen durchlöcherte, oder Streifen von solchem Papiere oder von Stanniol oder Taffet, die man mit Öl tränkte. Darüber legte man eine Salbenkompresse. So gelang es ziemlich gut, ein Ankleben der frisch aufgelegten Läppchen und ein Abreißen derselben zu vermeiden.

Dennoch sind bei dieser Art des Vorgehens eine Reihe von Missständen unverkennbar: Die Isolirung durch gelochtes Guttapertschapapier ist relativ grob, stellenweise zu dicht, an anderen Stellen ungenügend. Indem nämlich die selbst eingeschnittenen Löcher in dem Guttapertschapapier ungleich sind, kommt bald Loch, bald undurchlässiger Stoff auf Stellen zu liegen, an denen das Gegentheil wünschenswerth ist; so verklebt hier Läppchen und überliegender Verbandstoff in nicht gewünschter Weise, dort kann das Sekret unter den wasserdichten Rippen nicht abfließen und führt zur Maceration und Abhebung der Transplantationen.

Die Erfahrungen bei dieser relativ groben Art des Vorgehens legten mir daher den Gedanken nahe, die Läppchen mittels eines zierlicheren gleichmäßigen Gitterwerkes, das mit möglichst schmalen Rippen an um so zahlreicheren Punkten die Läppchen deckt, zu isoliren, z. B. mittels eines Netzes aus wasserdichten Fäden, das relativ weite Maschen hat, weit genug, um alles Sekret, ohne abgenommen zu werden, bequem durchzulassen, aber doch enge

genug, um mit seinen Fäden und Knotenpunkten eine isolirende Zwischenschicht zwischen Läppchen und Verbandstoffen herzustellen.

Einen solchen Stoff entdeckte ich nach einigen anderen Fehlversuchen in dem sog. »Tüll«, wie ihn unsere Damenwelt zu Schleiern, Vorhängen und allerlei Stickereien verarbeitet. Derselbe stellt ein sehr grobmaschiges, aus starkem Faden durch eine besondere Art der Knüpfung hergestelltes Gewebe mit ganz regelmäßigen Löchern dar. Dasselbe wird durch Imprägnirung mit Celluloidlösung wasserdicht gemacht, damit sein Faden von dem Wundsekrete nicht durchtränkt wird, vielmehr leicht abwaschbar und abtupfbar bleibt. So ist mein Tüll zur Verwendung fertig.

Ist das Netzwerk dann, nach ausgeführter Transplantation, über den Läppchen aufgelegt, so kann es, zum Unterschiede von allen seither verwendeten Streifen von Taffet, Stanniol, Guttapertschapapier etc., bis zur definitiven Anheilung über der transplantirten Stelle liegen bleiben, selbst die Umgebung noch mit bedecken und daselbst ankleben. Gerade dieses Ankleben der Netzfäden an den trockenen Stellen, auch an den trockenen Läppchen, sichert diesen ihre feste, unverrückbare Lage, die gegebenen Falles noch durch Annähen oder Anbinden (am Finger) des Tülls mittels Fadens nach der Operation oder durch Ankleben mit Celluloidlösung über der intakten Haut noch erheblich gesteigert werden kann. Durch schichtenweise Häufung derartiger weitmaschiger wasserdichter Netzlagen über den transplantirten Läppchen lässt sich deren Isolirung gegen die imbibitionsfähigen, später übergelegten Verbandstoffe zu jedem Grade noch fernerhin steigern. Die Verhältnisse an der Wunde und die Bedingungen zur Anheilung werden dann meiner Ansicht nach denkbar günstig; denn 1) das Maschenwerk des unmittelbar aufliegenden Netzes hält die Läppchen gegen einander und gegen die Wundränder fest; 2) das regelmäßige Gefüge des Balkenwerkes übt auf alle Stellen, ohne viel zu verdecken, einen gleichmäßigen Druck, der dann durch Häufung zahlreicher, nicht verklebender Lagen federnd wird; 3) in die poröse, luftige Zwischenschicht, die durch Häufung der nicht imbibirbaren Netze entsteht, hat jedes Sekret vorerst Abfluss. Bleiben zwischen den Rändern der Läppchen kleine feuchte Stellen oder heilt ein Läppchen nicht an, so bleibt diese secernirende Stelle ohne Einfluss auf die anderen Stellen, ist vielmehr alsbald wieder zugänglich und abtupfbar, ohne dass die zunächst aufliegenden, zum Theil angeklebten Tüll-Lagen abgenommen werden müssten. In jedem Falle bleibt immer die unterste Schicht in Ruhe. In dieser Weise heilen so zu sagen die Läppchen immer unter einem Verbande fest.

Bezugsquelle: Evens & Pistor in Kassel.

---

1) **Audry.** Sur les cellules géantes épithéliomateuses.

(Ann. de la dermat. et de syph. 1900. Hft. 12.)

Riesenzellen bei Epitheliomen sind vom Verf. und Anderen wiederholt beobachtet worden, und zwar unabhängig von einer Symbiose mit Tuberkulose. Sie können in der Nachbarschaft der Neubildung auftreten oder mitten in den epitheliomatösen Zellhaufen. Im letzteren Falle fand sie Verf. nur bei Epitheliomen, die vom Rete Malpighi ausgingen, und zwar in 2 Carcinomstücken (Epitheliom der Wange und Unterlippe). Das mikroskopische Bild zeigte auffallend viel Hornperlen. Riesenzellen waren in einigen Schnitten sehr zahlreich vorhanden, lagen meist in der Mitte, manchmal am Rande der Zellnester. Sie sind nach dem Verf. epithelialen Ursprungs und stehen mit den Leukocyten in keinem Zusammenhange. 2 mikrophotographische Abbildungen illustriren die histologische Beschreibung.

V. Klingmüller (Breslau).

---

2) **L. Dor.** Sérums cytolytiques pour la guérison des cancers.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900. No. 103.)

Nach D. kommt es zur Entwicklung eines Krebses, wenn das menschliche Blutserum seine »cytolytischen Eigenschaften« in Bezug auf einen bestimmten Zelltypus verloren hat; es verliert diese Eigenschaften, wenn es während zu langer Zeit zur Ernährung solcher Zellen (gutartige Geschwülste, chronische Entzündungen, Leukoplasien etc.) gedient hat. Desshalb muss man dem Krebskranken die cytolytische Fähigkeit seines Blutes wiedergeben; und das soll nach D. geschehen dadurch, dass man ein Serum einverleibt, welches diese Eigenschaft hat. Ein solches Serum will D. so herstellen, dass er Thieren lebende Krebszellen (des cellules cancéreuses aussi vivantes que possible) injicirt. »Wenn das Serum der Thiere cytolytisch geworden ist, was leicht zu sehen sein wird (? Ref.), so wird dieses Serum ein Sérum anticancéreux sein.« Dies der D.'sche Grundgedanke, der in der kurzen Originalmittheilung noch weiter ausgeführt ist.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

---

3) **Hinsberg.** Zur Therapie und Diagnose der otogenen Meningitis.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. XXXVIII. p. 126.)

Verf. versucht in einer theils auf eigenen Beobachtungen, theils auf litterarischen Erfahrungen fußenden Auseinandersetzung der Diagnose und Therapie der eitrigen Meningitis nach Mittelohreiterung etwas näher zu kommen. Zunächst werden eingehend die umschriebenen Meningitiden besprochen, die ja einzig und allein den therapeutischen Maßnahmen zugänglich sind. Vor allen Dingen ist hierbei schwierig, manchmal auch unmöglich, eine Entscheidung zu treffen, ob Hirnabscess oder Meningitis vorliegt. — Die circumscripte Meningitis kann auch die Symtome einer diffusen Meningitis zeigen,

es ist desshalb nicht jeder Fall mit meningitischen Symptomen als prognostisch absolut schlecht anzusehen, — Erfahrungen, die Ref. nur bestätigen kann. In eingehender Weise wird der Werth der Spinalpunktion besprochen. — Dann wirft Verf. die Frage auf, ist eine eitrige Meningitis überhaupt heilbar? Dieselbe wird dann dahin beantwortet, dass die akute, sich rapid ausbreitende Form wohl kaum heilbar sei, eher noch die subchronisch verlaufende Form, selbst wenn sie eine größere Ausdehnung genommen hat, ganz sicher aber die umschriebene Form sowohl der otitischen wie der traumatischen Meningitis. Und zwar können solche Meningitiden ausheilen 1) durch operative Eingriffe, 2) auch spontan. Wenn diese Spontanheilung auch sicher vorkommt, so kann man sich doch nie darauf verlassen; vielmehr muss man stets die nothwendigen operativen Eingriffe vornehmen, als welche Entfernung des primären Eiterherdes im Mittelohre und Spaltung der Dura in Frage kommen. Über den Werth der letztgenannten Operation wird eine eingehende Erläuterung gegeben. — Der letzte Theil der interessanten Arbeit ist der Differentialdiagnose zwischen otitischer und tuberkulöser Meningitis gewidmet. Es wird an der Hand von 5 eigenen Fällen, die sämmtlich Kinder betreffen, nachgewiesen, wie tuberkulöse Meningitiden einmal mit Hirnabscessen, dann wieder mit otitischen Meningitiden verwechselt werden können, vorausgesetzt, dass gleichzeitige eitrige Mittelohrentzündung vorliegt.

Aus der sehr sorgfältigen Arbeit ergiebt sich, dass bezüglich der Diagnose und Therapie der otogenen Meningitis noch eine Menge ungelöster Fragen vorhanden sind, die zum weiteren Studium auffordern.

Manasse (Straßburg i/E.).

---

4) **C. Schlatter.** Über Carotisunterbindungen als Voroperation der Oberkieferresektionen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 1.)

Auf Grund mehrfacher eigener Erfahrungen so wie der einschlägigen Litteratur präcisirt Verf. seine Ansicht über die Zweckmäßigkeit der präliminaren Carotisunterbindung bei Oberkieferresektion dahin, dass sich durch dieselbe Blutverlust und Aspirationsgefahr bedeutend herabsetzen lassen; sie sei daher sehr zu empfehlen bei allen anämischen und kachektischen Pat., wenn sie nicht, was allerdings häufig der Fall sein dürfte, an Gefäßkrankheiten, speciell Arteriosklerose, leiden. Meist genüge die Unterbindung der Carotis externa, nur ausnahmsweise müsse Carotis communis unterbunden werden. Im ersteren Falle soll die Unterbindung eine dauernde sein, im letzteren scheine die Unterbindung in Form einer temporären Zuschnürung gefahrloser.

Honsell (Tübingen).

---

5) **du Castel.** Leucoplasie buccale. Épitheliome. Gangrène. Perforation de la joue.

(Société de dermatolog. et de syphiligr. Séance du 6. décembre 1900.)
(Annal. de dermatol. et de syphil. 1900. Hft. 12.)

Im Anschlusse an einen von C. demonstrirten 50jährigen Pat., der an einer Leukoplakia buccalis litt, später nach einem Trauma an einem rasch zerfallenden Epitheliom der Wange erkrankte, wurden in der Diskussion über die Behandlung einige interessante Bemerkungen gemacht. C. glaubt, dass eine Quecksilberkur die Gangrän der Epitheliome begünstigt. Dem widersprechen Darier, Fournier, Brocq, Barthélmy, welche Besserungen, wenn auch nur vorübergehend, gesehen haben. Sie haben dabei den Verdacht, dass sich der Krebs auf einer syphilitischen Grundlage entwickelt, und nur die syphilitischen Produkte durch die Quecksilberkur weggeschafft wurden. Die Leukoplakia buccalis ist nach der Ansicht fast aller französischer Autoren eine Folge früherer syphilitischer Infektion. Die Jodtherapie halten C. und Darier direkt für gefährlich, während Fournier diese Ansicht nicht theilt; dagegen meint Fournier, dass die Operation von Epitheliomen der Mundschleimhaut und der Zunge manchmal verhängnisvoller (plus fatal) sei. Noch ehe eine Vernarbung der Operationswunde eintrat, beobachtete er ein rapides Fortschreiten des Krebses. Nélaton operirt nur, wenn die Neubildung scharf begrenzt ist und es sich um die papillomatöse Form des Carcinoms handelt.

W. Klingmüller (Breslau).

---

6) **v. Büngner.** Zur Asepsis bei Halsoperationen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 15.)

Um die Asepsis bei Halsoperationen zu wahren, besonders die Chloroformmaske und die Beschäftigung des Narkotiseurs, hat v. B. einen sog. Kinnbügel angegeben, der aus einem bleistiftdicken, abgeplatteten und stark vernickelten Messinggestell besteht mit S-förmig umgebogenen Enden. Dieselben greifen über die Ohren, während sich der übrige federnde Theil dem Unterkiefer eng anschmiegt. Über den Bügel wird ein entsprechend großes Stück sterilisirter Gaze gespannt. Der Bügel gestattet dem Operateur jeden Augenblick, sich über das Aussehen des Kranken zu orientiren. v. B. hat den Kinnbügel, zu beziehen bei der Firma Holzhauer in Marburg in 2 Größen, seit 3 Jahren angewandt und ihn bewährt gefunden.

Borchard (Posen).

---

7) **M. Patel.** Adénites manubriennes.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900. No. 74.)

Eine kleine anatomisch-klinische Studie, in welcher ein eigner Fall von Adenitis superficialis manubrii mitgetheilt wird. P. unterscheidet:

1) Die Adenitis manubrii profunda: Kompressionserscheinungen von Seiten der Luftröhre, Fortschreiten auf Mediastinum und Achselhöhle.

2) Adenitis media: Keine Kompressionserscheinungen; Sitz oberhalb des Manubrium; Narbe vertieft, retrosternal.

3) Adenitis superficialis: Sitz vor dem Manubrium; Narbe prästernal, oberflächlich.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

---

8) **L. Mayet.** De la répartition géographique du goître en France.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900. No. 47.)

Die unter Poncet's Leitung unternommene statistische Arbeit stellt sich als Fortsetzung der von Rayer und Tardieu geleiteten Untersuchungen der französischen Kommission (1861—1875) zur Erforschung des Kropfes und des Kretinismus in Frankreich dar. Als wesentliche Ergebnisse seien hervorgehoben:

Die Gegenden, wo sich der Kropf mit einer gewissen Häufigkeit findet, haben sich im Verlaufe eines Jahrhunderts nicht wesentlich verschoben. Die Ausbreitung der Endemie scheint in den letzten 50 Jahren etwas abgenommen zu haben. Die absoluten Zahlen für die Anzahl der Kröpfe in Frankreich (500000 nach der französischen Kommisson, 375000—400000 nach Poncet) sind augenscheinlich zu niedrig. Sie stellen jedenfalls ein Minimum dar. Auf die Häufigkeit des gemeinschaftlichen Vorkommens von Kropf und Kretinismus lässt das vorliegende Material keinerlei Schluss zu.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

---

9) **Polaillon.** Affections chirurgicales du tronc. II. Mamelles, organes génitaux de la femme.

Paris, **O. Doin,** 1901. 748 S.

Was im Referate dieses Centralblattes 1899 p. 173 über Thl. II gesagt ist, gilt in erhöhtem Maße von Thl. III, dessen Inhalt mehr historisches als wissenschaftliches Interesse bietet. Die Beobachtungen entstammen der Zeit vom 1. Januar 1879 bis 1. Januar 1899. P. ist im Wesentlichen seinen alten Behandlungsmethoden treu geblieben, z. B. Zinkpasteätzung bei Endometritis und selbst bei Abort, äußere Stielversorgung bei Hysterektomie und Ovariotomie mittels Gummischlauches. Hierzu passen manche seiner theoretischen Erörterungen, z. B. über Haematocele retro-uterina u. A. m. Dass P. der Neuzeit nicht ganz gefolgt ist, beweisen auch seine statistischen Zahlen. Er hat eine Myomsterblichkeit (Laparotomien!) von 30% (von 72 Operirten 22 ad exit.); von 136 wegen Salpingo-oophoritis Laparotomirten starben 23 (fast 17%), von 160 wegen Kystom Operirten 29 (= 18%). Dabei sind naturgemäß die früheren Jahre höher belastet.

Auch für andere Fragen von aktuellem Interesse ist seine Statistik kaum von Werth, so z. B. Heilerfolge nach Operation wegen Carcin. mammae. Er berechnet auf 37 einfache Amputationen 24%, auf 106 Amputationen mit Ausräumung der Achselhöhle 36% Heilungen; leider fehlt die Kontrolle durch persönliche Nachforschung.

Lehrreich ist ein Verblutungstod in Folge Verletzung der Art. uterina durch Punktion. Das retroflektirte Corpus war irrthümlicherweise für einen Abscess gehalten worden, den Verf. durch Punktion entleeren wollte. Die Autopsie klärte den Sachverhalt auf.

Christel (Metz).

---

10) **F. Kuhn.** Der Metallschlauch bei der Tubage und als Trachealkanüle.

(Ärztl. Polytechnik 1900. December.)

Nach Vorversuchen an der Leiche ist es K. gelungen, seinen Spiralmetallschlauch bei Narkotisirten vom Munde her in die Luftröhre zu schieben. Der Schlauch ist in verschiedenen Kalibern vorräthig. Er trägt an seinem vorderen Ende eine Platte, um das Hineingleiten in den Mund zu verhüten. Seine Länge beträgt 20—30 cm. Die Einführung geschieht unter Zuhilfenahme eines Führungsstabes, ähnlich wie bei der O'Dwyer'schen Tubage. Indicirt ist dieser Schlauch in vielen Fällen, wo bisher die preliminare Tracheotomie gemacht wurde. Der Schlauch kann unter Anderem auch mit Trendelenburg's Vorrichtung zur Abdichtung versehen werden.

Bei Tracheotomien kann der Spiralmetallschlauch die Trachealkanüle ersetzen.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

---

11) **F. Borchert.** Beiträge zur Lungenchirurgie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 2.)

Der Arbeit liegt das reiche Material Körte's vom Urbankrankenhause in Berlin aus dem letzten Decennium zu Grunde, im Ganzen 29 Fälle. Der 1. Theil des interessanten und eine gewiss aktuelle Frage behandelnden Aufsatzes beschäftigt sich mit allgemeinen Erörterungen über die zu chirurgischer Behandlung geeigneten Krankheitsfälle. Als solche sind anzusehen: Akute oder chronische Zerfallshöhlen der Lunge, wie sie durch akute oder chronische Entzündungsprocesse entstehen, bronchiektatische Kavernen im Zustande der Ulceration und Jauchung, vornehmlich aber Lungenabscesse. Die tuberkulösen Kavernen sind fast ohne Ausnahme von operativen Maßnahmen auszuschließen. Ferner können noch Lungenechinokokken die Indikation zum Eingriffe abgeben. Leider ist die Frühdiagnose der Neubildungen noch nicht so weit gediehen, dass bei ihnen eine erfolgreiche Encheirese möglich wäre.

Hauptbedingung für den chirurgischen Eingriff ist die Diagnose des vorliegenden Zustandes des kranken Organes. Zu bestimmen ist

der genaue Sitz des Herdes, seine Ausdehnung, sein isolirtes Bestehen und die Frage, ob die Operation noch in den Grenzen des Möglichen liegt. Wichtig ist natürlich auch der Allgemeinzustand. Wesentliche Veränderungen in anderen Organen, Sepsis, Metastasen, Nephritis verbieten eine Operation. Werthvolle Auskunft giebt naturgemäß der Auswurf, seine Menge, seine schleimige oder eitrige Beschaffenheit, der Nachweis von elastischen Fasern oder Lungenfetzen, welch letzterer allein für das Vorhandensein geschwüriger Processe von entscheidender Bedeutung ist, und schließlich der bakterielle Befund des Auswurfes.

Der wichtigste Theil der Diagnose ist die Auskultation und die Perkussion. Leider aber lassen diese beiden Hilfsmittel oft genug im Stiche, wenn es sich nicht gerade um Processe an der Oberfläche der Lungen handelt. Wie oft ist man auch bei großer Sorgfalt der Untersuchung Täuschungen ausgesetzt über die Ausdehnung der Höhlen, ihre Multiplicität, über die Tiefe eine Herdes, ja sogar in der Diagnose eines Empyems oder einer aus anderen Gründen entstandenen Zerfallshöhle. Diesen gerade so wichtigen Punkt hebt Verf. sehr eingehend hervor.

Die Probepunktion ist ein unentbehrliches Hilfsmittel, doch soll man sie wegen der Infektionsgefahr für das gesunde Gewebe besonders bei jauchigen Processen sehr einschränken und möglichst nur kurz vor einem chirurgischen Eingriffe vornehmen. Oft ist es auch mittels Probepunktion schwer, zu sagen, ob der Eiter aus einem Empyem oder aus der Lunge stammt.

Die zur Diagnose herangezogene Skiaskopie hat bisher noch keinen sicheren Anhalt für Sitz und Beschaffenheit von Lungenherden gegeben.

Verf. hält die Lokaldiagnose eines Lungenherdes heute noch für sehr schwer und sieht in weiteren Fortschritten nach dieser Richtung den wesentlichsten Faktor auch für Fortschritte der chirurgischen Behandlung geeigneter Lungenerkrankungen.

Eine eingehende Besprechung findet die operative Methode, die nach der Beschaffenheit des Krankheitsfalles sich ändert. Einfach ist das Verfahren, wo der Lungenherd zu Verwachsungen mit Pleura und Brustwand oder zum Empyem geführt hat. Principiell davon verschieden ist das Vorgehen dort, wo der Herd im Lungengewebe sitzt und mit der Pleura nicht kommunicirt.

Man beginnt hier mit der Thorakotomie, welche so viel von der Brustwand entfernen soll, als zu ausgiebiger Freilegung des Lungenherdes nöthig ist. Die Art der Schnittführung spielt keine Rolle. Absolut sichere Zeichen dafür, dass die Pleurablätter mit einander verwachsen sind, fehlen meist. Wo man wahrscheinlich in die offene Brustfellhöhle gerathen würde, ist die Pleuranaht anzulegen. Die einzelnen Nähte dürfen nicht zu tief in die Lunge eingestochen und nicht zu fest angezogen werden. In einer Reihe von Fällen wird man die Verwachsungen mittels Gazetamponade oder Ätzmitteln

herbeiführen müssen. Dem Abschlusse des Pleuraraumes folgt die Durchtrennung des Brustfelles und die Freilegung der Lunge. Zur Bestimmung, wo man genau den Herd zu suchen hat, sind meist eine oder auch mehrere Punktionen nothwendig. Man soll dabei die Nadel in der Eiterhöhle liegen lassen und längs ihr mit dem Paquelin eingehen. Blutungen sind namentlich in der Tiefe zu fürchten. Die Unterbindung oder Umstechung ist hier das sicherste Verfahren, sie zu stillen. Die Incisionsstelle wird stumpf erweitert, eine genaue Orientirung über die Beschaffenheit des Eiterherdes erstrebt und dann ein gazeumhülltes Drain eingelegt. Die Ausheilung erfolgt durch Granulationsbildung und narbige Schrumpfung. In einigen Fällen kam es zur Bildung von epithelausgekleideten Fisteln. Öfters werden zur Verkleinerung der Höhlen Rippenresektionen nöthig werden.

Der 2. Theil der Arbeit behandelt die von Körte operirten Fälle. 3mal gaben durch Gangrän entstandene Kavernen Anlass zum Eingriffe, 5mal jauchige bronchiektatische Kavernen, 12mal Lungenabscesse. 9 von diesen letzteren waren mit Empyem komplicirt. 2 von den Pat. mit gangränösen Kavernen wurden geheilt, einer starb. Von den Kranken mit Bronchiektasien heilte nur einer, der eine verhältnismäßig kurze Dauer der Erkrankung aufwies. Lange bestehende derartige Processe geben eine ungünstige Prognose für den Eingriff wegen des meist schlechten Allgemeinbefindens und der sekundären Ansiedlung der Tuberkulose. Die Schwierigkeit der Diagnose bei diesen Pat. erhellt daraus, dass vor der Operation 4 zum Eingriffe geeignet erschienen, während die Autopsien zeigten, dass der Process zu weit vorgeschritten war, die Operation also besser unterblieben wäre.

Sehr günstig sind Körte's Erfolge bei Lungenabscessen. Hier starb von 12 Operirten nur einer. Die Heilungen erfolgten alle in nicht zu langer Zeit. Auch bei Komplikation mit Empyemen kam es nie zu dauernder Fistelbildung.

Der Arbeit sind die interessanten ausführlichen Krankengeschichten beigefügt und vervollständigen das Bild, das uns Verf. in umsichtiger und klarer Weise von den Leistungen, Erfolgen und Grenzen des gegenwärtigen Könnens auf dem Gebiete der Lungenchirurgie giebt.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

Kleinere Mittheilungen.

12) **Froidbise.** Amaurose monoculaire suite de traumatisme cranien.
(Arch. méd. belg. 1901. Februar.)

F. berichtet über 3 Fälle von Schädelverletzung mit nachfolgender Erblindung auf einem Auge.

Fall 1. Ein Unterofficier erhielt einen Stich mit einem geknöpften Florett ans linke Auge, dicht an der Nasenwurzel. Wunde nur 1 cm tief. Bulbus unverletzt. Es bestand leichte Kommotion und Nasenbluten. Sehvermögen links

erloschen. F. nimmt an, dass eine Fissur durch das Os ethmoidale und von da zum Foramen opticum verlaufen sei, wo der N. opticus alsdann zerrissen wurde. Später, nach Wochen, konnte Atrophie der Pupille konstatirt werden.

Fall 2. Eine Frau erhält einen Revolverschuss kleinen Kalibers in den Sinus frontalis dicht über der Nasenwurzel. Keine Synkope, keine Blutung, keine Reaktion. Der Arzt entfernt einige Knochensplitter und ein Stück Projektil. Erblindung linkerseits bis auf einen kleinen Rest des Gesichtsfeldes. F. nimmt Fissur des Os temporale und Zerreißung der oberen Partie des N. opticus an.

Fall 3. Ein Arbeiter erhält einen heftigen Schlag gegen die Stirn mit 8 cm langer Wunde, starker Blutung, 2stündiger Bewusstlosigkeit. Am 5. Tage trat Erblindung auf dem linken Auge ein mit Meningitis. Trepanation. Tod. Die Erblindung fand ihre Erklärung in der Entzündung des N. opticus.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

13) **Bertelsmann.** Über einen operativ geheilten Fall von Hirndruck, entstanden durch Sinuszerreißung. (Aus der chir. Abtheilung des Allgem. Krankenhauses Hamburg-St. Georg. Oberarzt Dr. Wiesinger.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 11.)

Die betr. Pat. war in Folge eines Stoßes gegen die Brust hintenüber und mit dem Hinterkopfe auf das Straßenpflaster gestürzt, Anfangs nur vorübergehend bewusstlos gewesen, hatte aber 1 Stunde später unter Erbrechen mit klonischen Zuckungen im rechten Arme beginnende, allgemeine schwere Krampfanfälle bekommen; es bestand Bewusstlostgkeit, eine leichte linksseitige Facialisparese und eine große Beule am Hinterkopfe. Bei Eröffnung derselben fand sich eine Längsfissur der Konvexität des Schädels, und ergoss sich nach Trepanation desselben in der Mittellinie hinter der Hinterhauptsschuppe hervor ein mächtiger Blutschwall aus einer in der Gegend des Confluens sinuum gelegenen Stelle; die linke Hirnhemisphäre pulsirte kaum merklich und war unter der stark gespannten Dura mit etwas blutiger Flüssigkeit bedeckt. Tamponade, Verband. Die Benommenheit der Pat. dauerte noch 2 Tage an, die Krämpfe traten nur noch einmal auf, dann aber besserten sich die Erscheinungen allmählich — Patellarreflexe schwanden für einige Zeit vollständig, Rectus int. sin. war paretisch —, und schließlich trat Heilung ein. **Kramer** (Glogau).

14) **J. Hegener.** Beitrag zur Lehre von der Meningitis serosa acuta. (Aus der Universitäts-Ohrenklinik zu Heidelberg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 16.)

In den mitgetheilten 2 Fällen handelte es sich um Kranke, die bei einer schweren Mittelohraffektion unter Hirndruckerscheinungen, Pulsverlangsamung, Kopfschmerz, Neuritis n. opt. erkrankten, und bei denen nach Entfernung der erkrankten Theile, des kariösen Paukendaches im 1., des Cholesteatoms im 2. Falle, bei einfacher Eröffnung des Subarachnoidealraumes unter dem langsamen Ausfließen enormer Mengen seröser Flüssigkeit die bedrohlichen Erscheinungen dauernd schwanden. H. hält desshalb für wahrscheinlich, dass es sich in beiden Fällen um eine otogene Meningitis serosa acuta gehandelt habe. **Kramer** (Glogau).

15) **Bertelsmann.** Über einen geheilten Fall von otogener Meningitis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 18.)

Bei der Operation wurde ein einen reichlichen Esslöffel Eiter enthaltender, supraduraler Abscess gefunden, der dem Tegmen tympani auflag. Der letztere, ein Theil der Pyramide, der Warzenfortsatz waren mit Eiter gefüllt. Bei der noch in Narkose ausgeführten Lumbalpunktion entleerte sich eine trübe Flüssigkeit, in der Leukocyten und spärliche Diplokokken sich fanden. Heilung.

Borchard (Posen).



16) **Walton.** Case of brain tumor with astereognosis.
(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 9.)

Junges Mädchen, welches schon 6 Wochen vorher an leichter Schwäche im linken Arme und Beine, gelegentlichem Augenflimmern und linksseitigem Kopfschmerze litt. Die Symptome, namentlich Schwäche und Taubheit im Arme steigerten sich allmählich. Es zeigte sich wenig Verringerung des Berührungsgefühles, eben so nur geringe Beeinträchtigung des Schmerz- und Temperatursinnes, dagegen starke Verringerung des Muskelgefühls. Gegenstände, die auf die linke Hand gelegt wurden, konnten bei geschlossenen Augen nicht benannt werden. In der linken Handfläche werden 2 weit entfernte Spitzen nur als eine gefühlt. Die Bewegungen waren frei und kräftig, der Gang jedoch etwas hinkend. Kniereflex gesteigert, Fußclonus vorhanden, Fußsohlenreflex fehlte. Augenhintergrund frei. Diagnose: Geschwulst in der Regio parietalis. Operation wurde bis zum Eintreten heftiger Erscheinungen verschoben. 3 Tage nach der ersten Untersuchung trat linksseitige Hemiplegie, Kopfschmerz und Erbrechen ein, zunehmende Verschlimmerung des Zustandes führte nach weiteren 3 Tagen zur Operation (Dr. Warren). Bildung eines großen Haut-Periost-Knochenlappens, dessen Mitte in der Gegend der Centralwindung lag, vermittels der Stiller'schen Zange; nach Zurücklagerung Spaltung der Dura. Da keine Geschwulst vorlag, Einstich mit Trokar in die Parietalwindung. Es entleerte sich ein Reagensglas heller seröser Flüssigkeit. Nach Eingehen mit dem Finger fand sich eine etwa $^3/_8$ Zoll im Durchmesser große Cyste dicht über dem Ventrikel. Durch Drains wurde die Flüssigkeit abgeleitet, nachdem Dura- und der Haut-Knochenlappen zurückgelagert waren, welche beide das Drain durchsetzte. Ungestörte Heilung der Operationswunde. Herstellung der Beweglichkeit und des Gefühles sind zweifelhaft. Es folgen noch Betrachtungen über das Zustandekommen der Astereognosis.

Trapp (Bückeburg).

17) **J. Günzburg.** Tumeurs cérébrales sarcomateuses chez l'enfant.
(Soc. méd. chir. d'Anvers 1900. December.)

Den Fällen von Abelin, Ebstein, Henoch, Russel, Smith, Fretz, Völkel, Jablokoff und Klein, Virchow, Graefe — im Ganzen 10 Fälle — fügt G. einen weiteren Fall von kleinzelligem Sarkom der Gegend des Chiasma nerv. optic. hinzu, welcher ein 7 Jahre altes Mädchen betraf. Die Hauptsymptome waren Kopfschmerz, Verstopfung, Sehstörungen, Motilitätsstörungen. Nachdem Jodkali vorübergehend Besserung gebracht, ging das Kind unter Koma in einigen Monaten zu Grunde. Die Sektion stellte ein in Eiterung übergehendes Sarkom fest, welches außer dem Chiasma die Glandula pituitaria, Sella turcica, Keilbeinhöhle, das Os ethmoidale und die Augenhöhlen ergriffen hatte. G. bespricht diesen so wie die in der Litteratur gefundenen Fälle ihrem Sitze und ihren Symptomen nach und geht dabei auf die therapeutischen Erfolge und Aussichten operativen Eingreifens näher ein. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

18) **Mills, Keen, Spiller.** Tumor of the superior parietal convolution, accurately localized and removed by operation.
(Journ. of nervous and mental diseases 1900. Mai.)

Bei dem 57jährigen Pat. hatte sich im Laufe von etwa 15 Jahren allmählich folgender Befund entwickelt: Einseitiger Kopfschmerz in der linken Scheitelgegend, zuerst vorübergehend, nachher dauernd, war das früheste Zeichen; erst 10 Jahre später traten die ersten Zeichen von motorischer Parese des rechten Armes auf, zunächst als Parästhesie; dann folgte 5 Jahre später leichte Ataxie und motorische Parese des Armes und kurz darauf des Beines. Das Muskelgefühl wurde stärker beeinträchtigt, es trat Unfähigkeit, Körper durch Gefühl zu erkennen (Astereognosis), und Abschwächung des Schmerz-, Berührung- und Temperaturgefühls deutlich auf. Später gesellten sich Steigerung des Patellar- und Achillessehnenreflexes, so wie Sprach- und Gedächtnisstörungen hinzu. Die Wahr-

scheinlichkeitsdiagnose wurde damals auf Hirngeschwulst in der linken Scheitelwindung gestellt. Stauungspapille fehlte von Anfang bis zum Schlusse. Die Operation wurde unternommen, nachdem durch apoplektiformen Anfall Paralyse des rechten Armes und Beines, so wie Facialis- und schwere Sprach- und Gedächtnisstörungen herbeigeführt waren.

Eröffnung des Schädels durch Meißel und Gigli-Säge. Die Basis des Knochenlappens musste angesägt werden, um eingebrochen zu werden, da der Knochen 1 cm dick war. Die Vordergrenze des Lappens lag an der Rolando'schen Furche, musste aber nachher noch nach vorn mit Luer'scher Zange erweitert werden. Die Geschwulst trat sofort nach Spaltung der Dura zu Tage, als dunkelrothe, himbeerartige Hervorragung. Aus der seitlichen Überlagerung von dünn ausgezogenen Hirnmassen ging ihr Durchbruch von innen nach außen hervor. Diese seitlich sie überlagernden Theile wurden getrennt und die Geschwulst ausgeschält, wobei eine große Cyste eröffnet wurde, die 60 g Flüssigkeit enthielt. Die Geschwulst wurde nach Umstechung von 3 großen Venen ganz abgetragen und die Cystenwand, aus weißlichem, mit leichten Granulationen bedecktem Gewebe bestehend, entfernt; dann, da keine Blutung folgte, Dura und Schädel geschlossen. Während der Duranaht hatte sich der ganze Hohlraum schon angelegt.

Es erfolgte reaktionslose Heilung, so dass am 6. Tage die Nähte entfernt werden konnten. Die Besserung begann sofort nach Entleerung der Cyste mit Hebung von Puls und Athmung. Die Paresen und Paralysen schwanden sehr schnell, gleich nach der Operation war auffällige Besserung der Sprache eingetreten; nach 8 Tagen begann die Motilität des Beines wiederzukehren und nach 3 Monaten war sie vollständig normal bis auf ein kaum wahrnehmbares Hinken. Die Geschwulst erwies sich als Endotheliom.

Für die Diagnose der Lokalisation hält M. besonders die Ataxie mit Veränderung des Muskelsinnes (Astereognosis), dessen Centrum er in die hintere Scheitelregion legt, für sehr wichtig. Der Sitz und die Entwicklung der Geschwulst lagen in dieser Gegend, und alle anderen, später auftretenden Erscheinungen sind dem Drucke zuzuschreiben. **Trapp** (Bückeburg).

19) **L. Spillmann und L. Nilus.** Tubercules de la couche optique et du cervelet.

(Gaz. hebdom. de med. et de chir. 1900. No. 100.)

Bei einem 17jährigen Mädchen fanden sich Tuberkel außer im linken Thalamus opt. und im Kleinhirn noch im Gyrus hippocampi.

Die Symptome bei Lebzeiten bestanden in heftigem Kopfweh, absoluter Erblindung mit Stauungspapille, Erbrechen. Bemerkenswerth ist, dass der Puls nie verlangsamt war, ferner der Umstand, dass nur im Beginne der Erkrankung ein Anfall von Jackson'scher Epilepsie (Arm, Bein, Gesicht rechts) auftrat, während später weder Störungen von Seiten der Motilität noch solche der Sensibilität oder der Intelligenz beobachtet wurden. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

20) **Maydl** (Prag). Cysticercus cerebri — Exstirpation — Heilung.

(Wiener klin. Rundschau 1901. No. 16.)

Von den parasitären Cysten des Gehirns sind bisher Cysticerken nur einmal chirurgisch angegriffen worden, und zwar von v. Mikulicz, der aus der vorderen Centralwindung eines 51jährigen Mannes 2 Cysticerken entfernte und nahezu vollständige Heilung erzielte. Verf. fügt diesem einen zweiten, eigenen Eall hinzu, der in so fern günstig lag, als das Vorhandensein zahlloser Cysticerken im übrigen Körper (namentlich auch subkutan) die Diagnose nahelegten und die Lokalisation durch sehr gleichförmige, epileptiforme Anfälle, die stets in der linken Hand begannen, erleichtert wurde; auch gab Pat. lokale Schmerzhaftigkeit in der rechten Parietalgegend an.

Der 25jährige Kranke wurde 16 Tage nach der operativen Entfernung eines Cysticercusbläschens, dessen Lokalisation genau der von v. Mikulicz beobachteten

entsprach, geheilt entlassen. Nur am Abend der Operation wurde noch ein Anfall beobachtet; dann bis zur Entlassung völlige Euphorie. — Weitere Nachrichten werden nicht gegeben. **Schmieden** (Bonn).

21) **Colleville.** Sur un cas d'épilepsie jaksonienne d'origine urémique. Symptomes en corrélation avec une lésion limitée dans la zone préfrontale.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900. No. 57.)

Die Krämpfe waren beschränkt auf das Gebiet des Ramus ext. u. N. accessorii sin. (Sternomastoideus und Trapesius). Bei der an Urämie zu Grunde gegangenen 49jährigen Kranken fand C. am Übergange der 2. in die 3. Stirnwindung rechts einen kleinen Substanzverlust, der, von der Größe eines großen Nadelkopfes, nur die graue Substanz betraf. Die kleinen Blutgefäße ringsherum waren deutlich erweitert. Mikroskopisch ließ sich außer dem Verluste der großen motorischen Zellen nur eine bedeutende Ansammlung von Granulationszellen nachweisen.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

22) **Greer.** Craniotomie, with the implantation of eggshell membrane, for Jacksonian epilepsie.

(Bristol med.-chir. journ. 1901. März.)

Die betreffende Pat. erlitt vor 11 Jahren eine schwere, komplicirte Schädelfraktur, die Wunde vereiterte und schloss sich erst nach 2 Jahren vollkommen. Die im 1. Jahre nach der Verletzung sehr häufigen epileptischen Anfälle wurden allmählich seltener, blieben dann 9 Jahre lang völlig aus und traten zugleich mit schweren Kopfschmerzen seit 2 Jahren mit zunehmender Häufigkeit und Intensität wieder auf, und zwar mit typischem Jackson'schen Verlaufe (Beginn im rechten Daumen). Über der linken Rolando'schen Furche fand sich eine tiefe, druckschmerzhafte Impression, deren Boden durch eine starre, mit der Unterlage fest verwachsene Narbe gebildet wurde. Nach Bildung eines Knochenlappens und Eröffnung der Schädelhöhle stieß man auf festes Narbengewebe, welches excidirt wurde. Die nun freiliegende Hirnsubstanz pulsirte sehr schwach, war dunkel verfärbt und sehr morsch, von zahlreichen, nach der excidirten Narbe zu verlaufenden Narbenzügen durchsetzt. Dieselben wurden mit einem Theile der Hirnsubstanz ebenfalls entfernt. Hierauf wurde nach dem Vorgehen von Freeman, um den Wiedereintritt von Verwachsungen zu verhüten, ein Stück Eierschalenhaut von etwa $2^1/_2$ cm im Quadrat zwischen Gehirnoberfläche und Schädelöffnung gelegt; ein zweites Stück wurde von außen über die Öffnung gelegt, und der Knochenlappen zurückgeschlagen. Heilung per primam.

4 Monate später brach nach einer leichten Verletzung die Narbe an einer umschriebenen Stelle wieder auf, und in der Tiefe wurde das zu äußerst liegende Stück der Eihaut weiß und glänzend sichtbar. Das Stück wurde, um stärkere Narbenbildung zu vermeiden, durch die Fistel entfernt, es war unversehrt, noch elastisch und fest, Ränder und Unterfläche mit Granulationen bedeckt. Hierauf erfolgte rasche Vernarbung. Verf. hält hiernach das Einlegen eines zweiten Stückes für einen technischen Fehler.

Zur Zeit, 6 Monate nach der Operation, ist die Narbe weich, unempfindlich, verschiebbar. Die Anfälle sind bisher ganz ausgeblieben. **Mohr** (Bielefeld).

23) **H. Cordes.** Apparat zur Luftverdünnung im äußeren Gehörgange mit manometrischer Bestimmung des negativen Luftdruckes.

(Ärztliche Polytechnik 1900. December.)

Obiger Apparat besteht aus einer Luftpumpe, ähnlich dem künstlichen Blutegel, welche einerseits durch einen Gummischlauch und dicht anschließenden Ohrtrichter mit dem äußeren Gehörgange, andererseits mit einem Luftdruckmesser verbunden ist, auf welchem die Luftverdünnung abgelesen wird, welche in gewöhn-

lichen Fällen um 200 mm, in toleranten sogar bis zu 250 mm Quecksilber gesteigert werden kann. Gleichzeitig kann noch von der Tuba Eustachii aus Luft in die Paukenhöhle gepresst werden. Abbildung im Originale.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

24) **Pinatelle.** Epithélioma de la luette.

(Indépendance méd. 1901. No. 14.)

Bei der 46jährigen Pat. bestanden seit einem halben Jahre leichte Schluckbeschwerden. Die Spitze und der linke Rand des nach rechts abgewichenen Zäpfchens wurden von einer epitheliomatösen Ulceration eingenommen, Gaumenbögen und Gaumensegel frei, beiderseits 2—3 kleine, harte, bewegliche Submaxillardrüsen fühlbar. — Mouriet stellte in seiner These (Bordeaux, 1895) etwa 20 Fälle von primärem Carcinom des Zäpfchens zusammen. **Mohr** (Bielefeld).

25) **Seifert.** Über Blutungen nach Operationen an den Gaumentonsillen.

(Wiener klin. Rundschau 1901. No. 15.)

Nach kurzen Vorbemerkungen über den Bakteriengehalt des Wundbelages nach Tonsillotomie geht Verf. auf das in der Überschrift gekennzeichnete Thema ein. Er bringt aus der Litteratur eine große Reihe von Fällen schwerster primärer Blutung und späterer Nachblutung in Erinnerung und bespricht ihre Vermeidung und ihre Bekämpfung.

Während er selbst bei Tonsillotomie nie schwerere Blutung erlebt hat, berichtet er über 2 Fälle schwerer primärer Blutung nach Incision von Angina phlegmonosa. Er empfiehlt dabei statt eingreifenderer Maßnahmen einfach feste Gazetamponade. **Schmieden** (Bonn).

26) **Schäffer.** Über Wirbel- und Rückenmarksläsionen.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1901. No. 2.)

Verf. bringt die ausführliche Krankengeschichte folgenden Falles:

Ein 55jähriger Holzarbeiter gleitet beim Baumfällen aus und kommt dabei mit der Brust auf einen daliegenden Baum zu liegen, so dass der umstürzende Baum ihm auf die Lendenwirbelsäule fällt. In Folge einer Verrenkung der oberen Lendenwirbel nach vorn tritt sofort eine völlige Paraplegie der unteren Extremitäten mit vollständiger Empfindungslosigkeit, mit Fehlen der Patellarreflexe und Retentio urinae ein.

Verf. bespricht unter Bezugnahme auf bereits früher veröffentlichte ähnliche Fälle in ausführlicher Weise diesen Fall hinsichtlich der Diagnose, Ätiologie und pathologischen Bedeutung und betont als diagnostisches Merkmal besonders die Querfaltung der Haut am Oberbauche, wie sie auch im vorliegenden Falle an der beigegebenen Abbildung erkennbar ist. Er weist auf die Häufigkeit der Rückenmarksblutungen nach Verletzungen der Wirbelsäule hin und hebt hervor, dass Verletzungen des Rückenmarkes nicht selten an höher gelegenen Stellen deutlicher und stärker in Erscheinung treten, als in der Höhe der Verletzungsstelle selbst.

Im Weiteren bespricht Verf. unter Anführung der einschlägigen Litteratur die anatomische Lage und Begrenzung des Conus medullaris, die Krankheitserscheinungen nach Verletzungen desselben und deren diagnostische Bedeutung.

Am Schlusse der Arbeit bringt er die Krankengeschichten dreier Fälle von eigenthümlicher spinaler Schweißstörung nach Rückenmarksläsionen.

Motz (Heddesdorf).

27) **Thomas.** Five cases of injury of the cord, resulting from fracture of the spine.

(Med. and surg. reports of the Boston City Hospital 1900.)

Bemerkenswerth sind die Erscheinungen in einem Falle von Bruch der Quer- und Gelenkfortsätze des 7. mit Dislokation des 6. Halswirbels, Zerreißung der

Intervertebralscheibe zwischen 6. und 7. Halswirbel und Zerquetschung des 6. und 7. Halssegmentes. Es fand sich die für Verletzung des 7. Halssegmentes charakteristische Stellung, Flexion der Vorderarme bei Abduktion der Arme. Die motorische Lähmung der oberen Extremitäten stellte den sogenannten Vorderarmtypus dar; sie erstreckte sich auf den Triceps und die Vorderarmmuskeln mit Ausnahme der Supinatoren. Die Sensibilität war außer an den unteren Extremitäten und am Stamme auf der Ulnarseite beider Arme herabgesetzt.

In einem Falle wurde der seltene Verlauf der Bruchlinie durch die Körper des 6. und 7. Halswirbels von oben vorn nach unten hinten beobachtet.

Operativ wurde 2mal, und zwar ohne Erfolg, vorgegangen. Beide Mal wurde an zu tiefer Stelle incidirt. In einem Falle leitete eine Depression und Krepitation am 3. Brustwirbel irre, während die Hauptverletzung in einem Bruche des 5.—7. Cervicalwirbelkörpers bestand.

Von den Schlussfolgerungen des Verf. seien nachstehende hervorgehoben: Der Sitz der Rückenmarksverletzung kann höher liegen, als man nach den Sensibilitätsstörungen und Lähmungssymptomen schließen sollte. Bei Brüchen mit Dislokation kann man die Verengerung des Wirbelkanales gewöhnlich durch Hyperextension und Extension der Wirbelsäule ausgleichen. Die Frühoperation sollte auf Fälle beschränkt werden, wo man eine direkte Zerschmetterung der Bögen annehmen muss, so wie auf gewisse Fälle von Schuss- und Stichwunden des Rückenmarkes.

Läwen (Leipzig).

28) W. Schulthess. Beschreibung der skoliotischen Wirbelsäule eines jungen Schweines.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. IX. Hft. 1.)

Verf. war in der Lage, eine im Brusttheile gelegene, rechtskonvexe Skoliose zu untersuchen, welche sich bei einem etwa 8 Monate alten Schweine vorfand. An dem macerirten Präparate konnten Veränderungen, welche den bei der menschlichen Skoliose gefundenen außerordentlich ähnlich sind, nachgewiesen werden, wie kompensatorische Umkrümmung, Torsion, Seitendeviation der Wirbelkörper, Asymmetrie, Rippenbuckel etc. Besonders hervorzuheben aus dem Befunde ist außerdem die Verwachsung der Bogenkörperepiphyse an einer Reihe von im Scheitel der Krümmung gelegenen Wirbeln, so wie ein dem unteren Längsbande entsprechender, größtentheils auf der konvexen Seite verlaufender, knöcherner Wulst. Die Veränderungen werden an der Gesammtwirbelsäule wie an den einzelnen Wirbeln morphologisch bis ins Detail verfolgt. Für die Ätiologie konnten keine sicheren Anhaltspunkte gefunden werden. Die Verwachsung der Bogenkörperepiphysen wird als ein sekundärer Zustand aufgefasst, der wahrscheinlich dadurch entstanden ist, dass die Epiphyse beim Vierfüßer da, wo sie weniger Längsdruck zu erleiden hat als unter normalen Verhältnissen, also z. B. an der Konvexität eines skoliotischen Bogens, verhältnismäßig früh obliterirt.

5 Tafeln mit sehr schönen Abbildungen begleiten die Arbeit.

J. Riedinger (Würzburg).

29) Caziot. Hérédo-syphilis de la moëlle épinière. Méningo-myélite chronique du type Erb.

(Annal. de dermat. et syph. 1900. Hft. 11.)

Die Kasuistik der Heredosyphilis des Rückenmarkes, einer selten beobachteten Affektion, wird von dem Verf. um 2 Fälle bereichert. Im ersten Falle entwickelte sich die Krankheit im 16. Lebensjahre, 3 Monate nach einem 50 Tage dauernden Typhus, nach dessen Überstehen Pat. ganz gesund gewesen war. Desshalb glaubt Verf. nicht an einen Zusammenhang der Rückenmarksaffektion mit dem Typhus. Die Symptome waren: Störungen der Motilität, der Sensibilität, der Trophik und der Harnblase; linke Seite hauptsächlich befallen; daneben einige bulbäre Symptome. Im zweiten Falle zeigten sich die Störungen bereits in den ersten Lebensjahren; sie verschwanden theilweise, recidivirten und steigerten sich so, dass der

22jährige Kranke schließlich folgenden Symptomenkomplex darbot: Steigerung der Sehnenreflexe, Kontrakturen, epileptoides Zittern, Krämpfe, blitzartige Schmerzen, geringe Koordinationsstörungen, Störungen im Gange, im Wasserlassen, geringe Atrophie der Muskeln, geringe Sensibilitätsstörungen, vorübergehende Sehstörungen, Motilitätsschwäche. Verf. macht hereditäre Syphilis für die Entstehung der Krankheit verantwortlich und führt eine Reihe heredosyphilitischer Stigmata, die beide Pat. zeigten, als genügend beweisend dafür an. Nach seiner Meinung handelt es sich um eine diffuse Sklerose des Rückenmarkes in den Seitensträngen der Dorsolumbar- und theilweise auch der Bulbärregion. **V. Klingmüller** (Breslau).

30) **Goodale.** Retropharyngealabscess in the adult.

(Boston medical and surgical journ. 1901. No. 5.)

Der Abscess wurde bei einem 18jährigen Manne ohne Wirbelcaries beobachtet. Durch Thierversuche wurden Tuberkelbacillen nachgewiesen. Heilung nach Eröffnung. Verf. erklärt die Erkrankung für eine retropharyngeale tuberkulöse Lymphadenitis. **Trapp** (Bückeburg).

31) **P. Lengemann.** Kongenitaler Knorpelrest im Musculus sternocleido-mastoideus.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 1.)

Den bisherigen 16 Fällen von angeborenem Knorpelreste des Halses aus der Litteratur wird ein weiterer Fall angefügt, der desshalb besonders bemerkenswerth ist, weil sich das Knorpelstückchen mitten im Kopfnicker befand.

Honsell (Tübingen).

32) **D. Cheever.** Lympho-sarcoma of right lobe of thyreoid gland. Dysphagia, dyspnoea, tracheotomy, removal of tumor, recurrent dyspnoea, tracheo-oesophageal fistula, final closure, recovery.

(Med. and surg. reports of the Boston City Hospital 1900.)

Eine in der Gegend des rechten Schilddrüsenlappens langsam gewachsene, hühnereigroße, mit dem Kehlkopfe bewegliche Geschwulst bei einer Frau in den mittleren Jahren verursacht Schlingbeschwerden in einem Grade, dass nur flüssige Nahrung aufgenommen werden kann; später Anfälle von Dyspnoë, stridorösem Athmen und großem Beängstigungsgefühl. Die Behandlung mit Jodkali und Schilddrüsenextrakt bleibt ohne Erfolg. Unter Cocainanästhesie Tracheotomie und, da große Erschöpfung, 3 Tage später in Äthernarkose Entfernung der weichen, in die Gefäßscheide eingedrungenen, zwischen Luft- und Speiseröhre bis unter das Brust- und Schlüsselbein reichenden Geschwulst, die sich als Lymphosarkom erweist. Der mehrfach vorgenommene Versuch, die Trachealkanüle zu entfernen, führt zu asthmatischen Anfällen, die nach Vermuthung des Verf. von einer entzündlichen Schwellung in der Luftröhre herrühren. 6 Wochen nach der Operation Schüttelfrost und Fieber, schließlich Hämorrhagie und Eiterentleerung. Genossene Milch kommt aus der Kanüle wieder zum Vorscheine. Dauernde Entfernung der letzteren jetzt ohne Folgen. Die Pat. wird nun 3 Wochen lang durch den Mastdarm, dann 12 Wochen mit der Schlundsonde ernährt, bis sich allmählich die natürliche Nahrungsaufnahme wieder einstellt. Die Luft-Speiseröhrenfistel hat 5 Monate bestanden. Völlige Heilung. Einen Grund für Entstehung und Perforation des Trachealabscesses vermag Verf. nicht anzugeben. **Läwen** (Leipzig).

33) **C. Mariani** (Massa Maritima). Pozzo esoftalmico curato colla bilaterale resezione del simpatico cervicale. Un cenno preventivo su 8 casi di epilessia volgare curati collo stesso atto operativo.

(Clinica chirurgica 1900. No. 1 u. 2.)

M. stellte auf dem XIV. italienischen Chirurgenkongresse 1899 ein 24jähriges Mädchen vor, an dem er wegen Morbus Basedowi[1] 4 Monate früher beiderseits

[1] M. schlägt »aus nationalen Gründen« vor, den Namen in »Morbus Flaiani-Basedow« umzuändern, da Flaiani, ein römischer Arzt, schon 60 Jahre vor Ba-

den Cervicaltheil des Sympathicus resecirt hatte. Resultat: Starke Verminderung des Exophthalmus, vollständiges Verschwinden der Palpitationsanfälle; Verminderung anderer Symptome, wie des Kropfes, der Diarrhöen, der Schlaflosigkeit, des Intentionszitterns.

M. stellt den Eingriff als kausale Behandlung hin.

Ferner hat M. an 8 Epileptikern die gleiche Operation ausgeführt. Es hat sich allerdings in 6 Fällen eine Wendung zum Besseren eingestellt, doch ist die Zeit (7 Monate) noch viel zu kurz, um ein definitives Urtheil zu fällen.

J. Sternberg (Wien).

34) **M. A. Capurro** (Genua). Un caso raro di migrazione di corpo estraneo ingesto.

(Clinica chirurgica 1899. No. 11.)

7monatliches Mädchen erkrankt unter schmerzhaften Schlingversuchen; nach wenigen Tagen Husten, Fieber, nach 2 Wochen ein Abscess im 10. rechten Interkostalraume in der hinteren Axillarlinie; 24 Stunden später ein Erstickungsanfall, der sich nach Erbrechen einer mächtigen Menge gelbgrünen Eiters legt. Sofort Incision des Abscesses, gleicher Inhalt, Heilung. Nach weiteren 14 Tagen ein neuer Abscess knapp über und vor dem ersten. Incision, Extraktion einer Ähre von Brachipodium vulgare von 4 cm Länge.

C. nimmt eine Perforation der Speiseröhre in der Höhe des 8. Interkostalraumes und eine Kontourwanderung des Fremdkörpers extrapleural bis zum Orte der Entdeckung an. **J. Sternberg** (Wien).

35) **v. Brackel.** Zur Kasuistik der Rippenenchondrome.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1900. No. 39.)

Manneskopfgroße Geschwulst von der linken 9. Rippe ausgehend; die 10. usurirt, die 8. nach oben verdrängt; sie lässt sich von der Pleura, die unversehrt bleibt, losschälen. Die 9. Rippe ist in der Geschwulst aufgegangen. Mikroskopisch besteht dieselbe aus hyalinem Knorpel, zum Theil in Schleimgewebe aufgelöst. Heilung. Nach 6 Monaten kein Recidiv. In der Litteratur der letzten 25 Jahre ließen sich nur 11 Fälle von Rippen- resp. Thoraxenchondromen auffinden.

Haeckel (Stettin).

36) **E. Müller** (Hagen). Behandlung eines Falles von Empyem mit Dauerkanüle.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 8.)

Der von M. benutzte Trokar ist kurz und gekrümmt, die Kanüle mit kleinen seitlichen Löchern und einem beweglichen Schild versehen, in der Lichtung nur 3—4 mm messend und 3 cm lang. Das Instrument lässt sich mit der Bülau-schen Heberdrainage kombiniren. **Kramer** (Glogau).

37) **A. Depage.** De l'effoudrement de la paroi thoracique en cas de pleurésie purulente chronique généralisée.

(Ann. de la soc. belg. de chir. 1900. November u. December.)

In einem Falle von linksseitigem Empyem eines 22 Jahre alten Mannes verfuhr D. wie folgt:

1. Sitzung Mai 1900: Schnitt zwischen Schulterblatt und Wirbelsäule von der 4. Rippe abwärts zur 8., dann parallel der letzteren nach vorn zum Brustbein, Resektion der 8. Rippe, Herauf- und Nachvornklappen der Brustwand, Befreiung der Pleura von ihren Auflagerungen. Reposition der Brustwand. — Erfolg: Besserung, keine Heilung.

---

sedow dieses Krankheitsbild fixirt hatte. (Cf. Möbius, Morbus Basedow, in Nothnagel's Spec. Pathologie und Therapie. Wien, 1896. Ref.)



2. Sitzung 4 Wochen später: Schnitt vorn in der Mammillarlinie von der alten Incision aufwärts bis zum Schlüsselbeine; 5 cm vom vorderen Theile desselben werden resecirt, sämmtliche 7 Rippen durchtrennt, die 1. Rippe entfernt. Nunmehr kann die Brustwand sammt Arm nach hinten geschlagen werden, worauf die 2.—7. Rippe von innen her entfernt werden. Reposition der Thoraxwand. Tod.

In der Diskussion über diesen Fall kamen die Operationen von Estländer, Schede, Bardenheuer, Beck u. A. zur Sprache. Die Mehrzahl der an der Diskussion Betheiligten sprach sich dahin aus, es sei besser, diese heroischen einmaligen Eingriffe durch eine größere Anzahl kleinerer Operationen an den Rippen zu ersetzen und die Zeitintervalle zwischen den letzteren recht groß zu nehmen. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

38) **Jones and Keen.** Two unusual cases of surgery of the trachea.

(Philadelphia med. journ. 1899. Juli.)

1) Bei 30jährigem Manne war nach Selbstmordversuch mit völliger Durchschneidung der Luftröhre Behandlung im Krankenhause durch Einlegen einer Kanüle und Heilung erfolgt; doch war bei Entfernung der Kanüle Athmung auf natürlichem Wege unmöglich. Es fand sich ein querer Abschluss der Trachealwunde in Höhe des 3. Ringes, der völlig die Krümmung der Kanüle hatte. Bei der Operation, die von der Luftröhrenwunde vorgenommen wurde, wurde zuerst die durch Narbenzug nach vorn verlagerte Speiseröhre angeschnitten, doch sofort wieder zugenäht, und nun weiter vorn in der Mitte des Verschlusses ein Schlitz gemacht, durch den man leicht mit gekrümmter Sonde in den Mund gelangte. Die Membran wurde ganz entfernt, die Enden der Luftröhre mit Seide zusammengenäht; die Enden waren leicht zusammenzubringen. 3 cm tiefer neue Tracheotomie, Kanüle eingelegt, Tieflagerung des Kopfes im Bette. Heilung der Trachealnaht per primam. 4 Tage lang wurde Mastdarmernährung angewandt zur Vermeidung von Schluckbewegungen.

2) Verengerung der Luftröhre bei 21jährigem Mädchen, bei dem die letzten 4 Jahre vorher häufige Katarrhe u. dgl. aufgetreten waren. Die Verengerung saß unmittelbar unter dem Ringknorpel und konnte bei der Operation nur durch Spaltung des letzteren bequem zugänglich gemacht werden. Von dem sehr harten Gewebe der Verengerung, die sich vom oberen Rande des 3. bis zur oberen Basis des 5. Ringes erstreckte, wurde die Schleimhaut nach oben und unten in 2 Lappen abgelöst, das Bindegewebe ausgeschnitten, danach die Schleimhaut, deren Vereinigung in der Mitte nicht gelang, vernäht, eben so die Luftröhre selbst und auch gleich die Hautwunde geschlossen. Heilung per primam, mit sehr guter Funktion.

Bei allen derartigen Operationen wandten die Verff. die Beckenhochlagerung an, um Einfließen von Blut etc. in die Luftröhre zu vermeiden; auch mehrere Tage nachher wurde sie durch Hochstellen des Bettfußendes fortgesetzt.

Trapp (Bückeburg).

39) **J. Garel.** Clou fixé dans la bronche droite depuis deux mois. — Diagnostic par la radiographie. Ablation avec l'électro-aimant. — Guérison.

(Annales des malad. de l'oreille etc. T. XXVII. No. 2.)

Es gelang dem Autor, einen eisernen Nagel, dessen Sitz durch Skiagraphie genau festgestellt war (rechter Bronchus, Spitze unten, Kopf oben), mit Hilfe eines Elektromagneten zu entfernen.

Der $5\frac{1}{2}$ cm lange Nagel war von dem Pat., einem 18monatlichen Knaben, 2 Monate vorher aspirirt worden. Nach einem heftigen Erstickungsanfalle kehrte die Athmung zur Norm zurück, so dass der zunächst konsultirte Arzt annahm, der Fremdkörper sei in den Verdauungstractus und nicht in die Luftwege gerathen. — Trotzdem alle Lungenerscheinungen fehlten, magerte der kleine Pat. rapid ab, so dass er sich, als G. konsultirt wurde, in einem traurigen Zustande befand. G. rieth sofort zur Operation, und zwar beabsichtigte er zunächst, mit Hilfe einer

Zange den Fremdkörper zu fassen. Als er bei seinem Instrumentenmacher nach einem geeigneten Instrumente suchte, machte ihn dieser auf einen Elektromagneten aufmerksam, den er gerade für einen Ophthalmologen hergestellt hatte (Tragkraft 3 kg, Stromstärke 3 Volt).

Zunächst wurde in Allgemeinnarkose die Tracheotomie ausgeführt. Als dann der Magnet der Tracheotomiewunde genähert wurde, flog plötzlich zu allgemeinem Erstaunen der Nagel mit einem Rucke an die Spitze desselben. — Während der nächsten 14 Tage Temperatursteigerungen bis zu 39,5°, dann glatte Heilung.

An die Mittheilung des Falles knüpft G. einige allgemeine Bemerkungen. Zunächst die Frage, ob eine so exakte Diagnosenstellung auch ohne Röntgenverfahren möglich gewesen sei. Er bejaht dieselbe und weist auf die genauen Resultate hin, die die Induktionswage liefert. — Die Killian'sche direkte Bronchoskopie hält G. für schwieriger, als sie thatsächlich ist, anscheinend, weil er sie selbst nie versucht hat. — Die Tracheotomie hält G. nicht für unbedingt nothwendig, er meint, man solle sie, wenn irgend möglich, vermeiden.

Hinsberg (Breslau).

40) **R. Saint-Philippe und Frl. Nourrit.** Corps étranger des voies aériennes. Epi de blé ayant pénétré jusqu'à la bronche moyenne et ayant entraîné la gangrène du poumon et une hémoptysie mortelle.

(Revue mensuelle des maladies de l'enfance 1900. December.)

Das Wesentliche ist in der Überschrift enthalten. Die Hämoptoë begann am 4. Tage, der Tod trat am 10. ein. Auffällig ist das Alter des Kindes (4 Jahr) und die Größe des Fremdkörpers (6,5 cm Länge); ferner dass auch die Lymphdrüsen am Hilus gangränös waren.

F. Goeppert (Kattowitz).

41) **H. Milton.** Removal of a foreign body from the bronchus by intrathoracic tracheotomy.

(Lancet 1901. Januar 26.)

Bei einem 40jährigen Manne, bei dem wegen syphilitischer Kehlkopfstenose Tracheotomie ausgeführt war, war der Tubentheil der Kanüle in die Luftröhre hinabgeglitten; sie lag im rechten Bronchus, kurz hinter der Bifurkation, wie die Sondenuntersuchung ergab, fest eingekeilt, und es gelang nicht, sie durch allerlei unblutige Operationen herauszubefördern; vitale Indikation, bedingt durch septische und pneumonische Erscheinungen, zwang zur Eröffnung der unteren Trachea. Nach Durchtrennung der Weichtheile von der alten Tracheotomiewunde aus in der Mittellinie nach unten und Durchsägen des Brustbeines konnte dieses mit großen stumpfen Haken nach beiden Seiten aus einander gehalten, und nach Incision der vorderen Luftröhre dicht über der Bifurkation von hier aus ohne Nebenverletzungen mittels Zange der Fremdkörper aus dem rechten Bronchus entfernt werden. Die untere Tracheotomiewunde wurde zu nähen versucht und nach gehöriger Drainage des vorderen Mediastinums die Wunde theilweise, besonders im oberen Theile durch Naht geschlossen und Kanüle eingelegt; trotz anfänglich guten Verlaufes ging der Pat. nach einigen Tagen, anscheinend an akuter Sepsis, zu Grunde.

Entgegen dem beschriebenen Vorgehen räth M. im gegebenen Falle, die Luftröhrenwunde nicht zu nähen, ferner einen Theil des Brustbeines zu reseciren und von hier aus die Trachealwunde durch feste Tamponade abzuschließen, ferner über ausgiebiger Drainage das übrige Brustbein durch einige Silbernähte zu vereinigen; die Gaze über der Trachealwunde ist recht häufig zu wechseln.

Die Gefahren der Operation werden zusammenhängend besprochen.

F. Kraemer (Berlin).

42) **Hassler.** Balle de fusil de guerre enkystée dans le poumon etc.

(Indépendance méd. 1901. No. 5.)

Das Interesse des Falles liegt in der genauen Lagebestimmung des im rechten unteren Lungenlappen fest eingeheilten Geschosses mittelst X-Strahlen (Beschrei-

bung der Methode). Der Verletzte hatte 7 Monate nach der Verletzung keinerlei Beschwerden, der objektive Befund war abgesehen von einigen leichten Reibegeräuschen normal. **Mohr** (Bielefeld).

43) **L. L. Hill.** Wounds of the heart with a report of seventeen cases of heart suture.

(New York med. record 1900. December 15.)

Dass Fremdkörper im Myokard jahrelang ruhen können, wird durch einen Fall von Stephenson, der ein 11 Jahre lang eingekapseltes Geschoss fand, und einen Soldaten (Beers, Cincinnati Lancet-Clinic 1898), welcher in der Wand des rechten Ventrikels 37 Jahre lang ein Geschoss beherbergte, illustrirt.

H. entfernte bei einem 8jährigen Mädchen aus dem 5. Interkostalraume eine $2^1/_2$ Zoll lange Nadel, deren Spitze die Pulsation des Herzens wiedergab. Es bedurfte nur eines Hautschnittes unter ein paar Tropfen Cocain, um mit der Zange extrahiren zu können. Das Allgemeinbefinden scheint eine Herzverletzung zu bestätigen.

Der nächste Fall betrifft eine Stichwunde in der Nähe der rechten Brustwarze im 4. Interkostalraume bei einem 28jährigen Neger. Die Öffnung wurde erweitert und das Blut aus dem Perikard entleert. Trotz nachfolgender Perikarditis Genesung.

Die folgenden 17 Fälle von Herznaht sind aus der Litteratur mit Unterstützung von Giordano publicirt. **Loewenhardt** (Breslau).

44) **J. Watten.** Beitrag zur operativen Behandlung der Stichwunden des Herzens.

(Gaz. lekarska 1900. No. 37.)

Ein 23jähriger, rüstiger Mann erhielt einen Stich in die rechte Brustseite mittels eines langen Schnappmessers. Danach war er noch einige Schritte bis in seine Wohnung gegangen, wo er ohnmächtig wurde. Aus der Wunde floss reichlich Blut. Verf. bekam den Pat. $3^1/_2$ Stunden nach dem Unfalle zu Gesicht. Symptome hochgradiger Anämie und Dyspnoë, Puls über 100. Nach Entfernung des provisorischen, stark von Blut durchnässten Verbandes wurde im 4. Interkostalraume rechts eine $3^1/_2$—4 cm lange, 2 cm lateral vom Brustbeinrande beginnende, etwas nach unten verlaufende Schnittwunde konstatirt, aus welcher Luft mit deutlich hörbarem Geräusche entwich und Blut in Strömen floss. Eine genauere physikalische Untersuchung des Brustkorbes war ausgeschlossen.

Mit dem Zeigefinger gelangte Verf. bis zum Herzen und konstatirte in dessen rechtem Ventrikel eine Verletzung. Ob dieselbe penetrirend war, darüber konnte er sich bei vorsichtiger Tastung nicht klar werden. In Chloroformnarkose wurde nun rasch durch Erweiterung der Wunde nach vorn und Resektion des 4. Rippenknorpels die Herzbeutelwunde dem Auge zugänglich gemacht. Dieselbe hatte mit der Hautwunde eine fast gleiche Richtung, war etwa $2^1/_2$ cm lang und klaffte circa 1 cm weit. Um sich die Operation in der Tiefe zu erleichtern, führte Verf. am inneren Sternalrande einen senkrechten Schnitt bis zur 2. Rippe durch Haut, Muskeln und Knochen und schlug den ganzen Haut-Muskel-Knochenlappen nach außen. Nachdem noch die Herzbeutelwunde etwas nach unten erweitert worden war, sah man genau die etwa 2 cm lange Schnittwunde im Herzen. Die Naht derselben war durch die krampfhaften Herzbewegungen recht erschwert und gelang erst, als Verf. das Herz mit der linken Hand leicht gegen das Brustbein drückte. Nach Anlegen der Naht wurde die Herzaktion wesentlich ruhiger. Drainage des Herzbeutels und der Pleura durch Jodoformgazestreifen. Vollständige Heilung.

Trzebicky (Krakau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 25. **Sonnabend, den 22. Juni.** **1901.**

(Aus der chir. Universitätsklinik des Herrn Prof. Dr. Th. Jonnesco in Bukarest.)

Sofortige Cystorrhaphie nach der Sectio alta (suprapubica).

Von

Dr. **Bălăcescu.**

Von den Behandlungsweisen der Harnblasenwunde, welche man der heute leicht ausführbaren, ungefährlichen und weit verbreiteten Sectio suprapubica sofort nachschickt, ist die Cystorrhaphie die am meisten von den Chirurgen bevorzugte und fast in allen Fällen anwendbare Methode; denn sie hat keine Kontraindikationen außer der durch die intravesikalen Manipulationen oder die partielle Exstirpation der Blasenneoplasmen verursachten Hämorrhagie. Auch die

Cystitis ist erfahrungsgemäß keine absolute Kontraindikation. Mit Recht findet die Blasennaht in der letzten Zeit immer mehr Anhänger; denn die Heilung der Blasenwunde erfolgt in 7 Tagen, und die Kranken können nach dem 12. Tage das Bett verlassen und ihrem Berufe nachgehen. Die Cystorrhaphie ist, wenigstens wenn es sich um Harnsteine handelt, der mit einem 30- bis 40tägigen Bettliegen verbundenen Drainirung, welche sonst eine ebenfalls gute Methode ist, so wie der im Dunkeln arbeitenden und unsicheren[1] Lithotripsie weit überlegen. Dies beweisen ihre zahlreichen, in den Zeitschriften aller Kulturländer publicirten Erfolge.

Der Zweck dieses Artikels ist, ein neues Cystorrhaphieverfahren, welches im Jahre 1898 zunächst an Hunden experimentell ausgeführt und dann am Menschen erprobt wurde, bekannt zu machen. Die dabei gewonnenen vorzüglichen Resultate wurden auf dem französischen Kongresse für Urologie im Jahre 1898 vom Herrn Prof. Dr. Jonnesco mitgetheilt.

Dieses von mir Cystorrhaphie per Imbrikation genannte Verfahren ist folgendes:

Salol oder Urotropin innerlich und Blasenausspülungen mit Kali hypermanganicum 1 : 2000 oder gleichzeitig mit Arg. nitr. 1 : 5000, besonders bei Cystitis. Diese Vorbereitung hat in allen Fällen 3—6 und mehr Tage lang zu geschehen.

Entleerung des Rectums, Abrasiren der Regio hypogastrica und allgemeines Bad. Das Operationsfeld wird in der bekannten Weise sorgfältig desinficirt. Während des Narkotisirens wird die Blase noch einmal mit Borsäure (4%) oder Arg. nitr. 1 : 1000 ausgespült und dann ganz entleert.

Erster Akt. Ganz zweckmäßig stellt man sich zur linken Seite des Kranken.

a. Durch eine stets an der Symphyse beginnende, 6—10 cm lange Incision trennt man in der Linea mediana die Haut, das Fettgewebe, die Aponeurose der Linea alba und zieht die Mm. recti mit zwei Farabeuf'schen Haken aus einander. Nach Durchtrennung der dünnen Fascia transversa gelangt man in den prävesikalen Raum oder das Cavum Retzii. Man löst das prävesikale lockere Fettgewebe mit den Fingern stets in der Richtung des oberen Wundwinkels ab und zieht die Umschlagsfalte des Peritoneums in den oberen Wundwinkel.

b. Die in der Tiefe nun frei liegende vordere Blasenwand ist einzig und allein an ihren Gefäßen und Konsistenz leicht zu erkennen. Die Füllung des Organs mit Flüssigkeit oder die üblichen Erkennungsmittel benutzen wir daher nie.

c. Man löst nun das Peritoneum von dem Vertex und ein wenig von der hinteren Wand der Blase mit den Fingern

[1] Vincent, Lyon méd. 1901. No. 4. p. 133.

ab. Die Ablösung des Peritoneums ist sehr leicht, hat keine Nebenverletzung zur Folge und bietet den großen Vortheil, dass die Blase mit großer Leichtigkeit zwischen die Hautwundränder in die Höhe gezogen werden kann. Wir machen daher die übliche Ablösung der Blase von der hinteren Wand der Symphyse nicht.

Zweiter Akt. Eröffnung der Blase.

Der Vertex der Blase wird nun durch zwei dicke Katgutschlingen oder zwei spitze Häkchen oberflächlich (nur an der Muscularis) erfasst und zwischen die Hautwundränder herausgezogen. Nach Beschützung der Abdominalwunde durch kleine sterile Kompressen wird die Blase durch eine 4 cm lange, durch den Vertex angelegte, an der vorderen Blasenwand beginnende und in der hinteren endigende Incision Schicht für Schicht getrennt. Dabei darf kein einziger Tropfen Flüssigkeit herausfließen. Daher wird die Blase, wie gesagt, vorher ganz vollständig entleert. Die Blasenwunde wird jetzt möglichst hoch gehalten, sorgfältig besichtigt und mit dem rechten Zeigefinger abgetastet. Je nach Bedarf wird sie mit der Schere etwas erweitert. Nach Entfernung des Steines, resp. der Steine, wobei man die Blasenwundränder schonen muss, tastet man die Blase noch einmal ab und legt einen Pezzer-schen Verweilkatheter in dieselbe (von der Wunde aus).

Dritter Akt. Cystorrhaphie nach unserem Verfahren.

1) Der der Seite des Operateurs entsprechende Blasenwundrand, also hier der linke, wird mit Daumen und Zeigefinger der linken Hand erfasst und derart nach außen umgeschlagen, dass er zu einem Lappen, dessen Mucosa nach vorn sieht, wird. Die Mucosa wird hierbei vom unteren zum oberen Blasenwundwinkel und in einer Entfernung von 1—$1^1/_2$ cm vom freien Lappenrande, ohne Verletzung der Muscularis, vorsichtig eingeschnitten, so dass eine halbmondförmige Mucosazone gebildet wird. Trägt man nun letztere von ihrer unterliegenden Muscularisschicht mit Schere und Pincette ab, so erhält man links einen Blasenwundlappen, dessen innere Fläche mucosalos resp. angefrischt ist. Der rechte Blasenwundrand erfährt diese Procedur nicht.

2) Suturen.

a. Die erste Nahtreihe betrifft die Mucosa beider Seiten: Man fängt im unteren Blasenwundwinkel an. Man sticht die mit Katgutfäden No. 0 oder 00 versehene Näherin- oder Hagedornnadel in einiger Entfernung vom rechten Blasenwundrande in die Mucosa von außen ein, führt sie durch ihre Dicke weiter und sticht wieder aus, sticht auf der anderen Seite von innen in die an die Muskellappenbasis grenzende Mucosa wieder ein, führt die Nadel hier ebenfalls durch die Mucosadicke weiter und sticht auch hier aus. Die erste Fadenschlinge wird dicht am unteren Blasenwundwinkel geknotet. Und so weiter wird eine fortlaufende Naht gemacht, welche die Blasenmucosawunde bis zum oberen Winkel, wo der Faden wieder

geknotet wird, vereinigt. Diese muköse Naht bringt sicherlich keinen Schaden[2], weil der leicht resorbirbare Katgutfaden nicht zu einem fremden Körper werden kann. Statt derselben kann man eine nur durch die Submuscularisschicht gehende fortlaufende Naht anlegen, die dann die Blasenmucosawundränder in das Blaseninnere einschlägt.

b. Die nun folgende Naht des Muskellappens ist der allerwichtigste Theil der Operation und muss mit aller Sorgfalt gemacht werden. Man fängt im unteren Wundwinkel an. Man sticht die mit Katgutfaden No. 0 versehene gerade Nadel in die Muskellappenbasis von außen ein, führt sie durch die Basisdicke weiter und sticht in der Basis wieder aus, sticht auf der anderen Seite in einer Entfernung von 3—4 mm vom Blasenwundrande von innen in die Muscularis wieder ein, führt die Nadel hier ebenfalls durch die Muscularisdicke weiter und sticht auch hier aus; man sticht nun die Nadel von innen in einem Nebenabstande von 5 mm aufs Neue in die Muskellappenbasis ein, führt die Nadel durch die Basisdicke weiter und sticht dann auch hier aus. Die Schlinge wird nun angezogen und auf der Außenseite der Muskellappenbasis geknotet. Und so weiter wird mit dem gleichen unabgeschnittenen Faden eine fortlaufende Naht angelegt, welche den Musculariswundrand der einen Seite an der angefrischten Basis des Muskellappens der anderen Seite bis zum oberen Winkel befestigt. Hauptsache ist es dabei, die beiden Blasenwundwinkel genau zu schließen. Zu diesem Zwecke muss die erste Schlinge dieser Naht zunächst die etwas unterhalb des unteren Wundwinkels gelegene Muscularispartie erfassen und dort geknotet werden, damit der Wundwinkel unter dem Muskellappen zu liegen kommt. Beim oberen Wundwinkel wird die etwas oberhalb desselben gelegene Muscularispartie bei Beendigung dieser Naht gefasst und geknotet.

c. Schließlich wird der Muskellappen wie eine Art Deckel über diese Nahtreihe gelegt und an der Blasenwandpartie, auf welcher derselbe ruht, fixirt. Man fängt im unteren Winkel an, sticht die Nadel in die Blasenwandmuscularis nach Art der Lembert'schen Darmnaht ein und aus, sticht dann in den Muskellappenrand in einiger Entfernung von demselben von innen ein, führt die Nadel durch seine Dicke weiter und sticht aus, und die erste Schlinge wird geknotet. Und so weiter wird eine fortlaufende Naht gemacht, die den Muskellappenrand mit der angrenzenden Blasenwandpartie vereinigt. Auf diese Weise kommt die blutende Fläche des Muskellappens mit der Blasenwand in innigste Berührung und bedeckt die letzterwähnte Nahtreihe (Muscularis-Muscularis) und vor Allem die beiden Blasenwundwinkel vollständig. Wir drainiren also oder fixiren die Blase an der Abdominalwand nicht. Endlich Schluss der Abdominalwunde mit der Prof. Jonnesco'schen Naht, Occlusivverband

[2] Albarran, Tumeurs de la vessie. p. 351.

und gleich darauf Blasenausspülung mit Borsäure (4%) oder Arg. nitr. 1 : 1000.

Nachbehandlung. 7—8tägiges permanentes Katheterisiren (mit Pezzer) oder täglich 3maliges Katheterisiren (mit Nélaton), oder am häufigsten lassen wir die Kranken von Anfang an spontan[3] die Blase entleeren. Bei normalem Verlaufe erster Verbandwechsel am 8. Tage, der zweite am 10. Tage; die Kranken können das Bett nach dem 12. Tage verlassen und weggehen.

Unser Cystorrhaphieverfahren wurde nun in folgenden Fällen größtentheils von Herrn Prof. Dr. Jonnesco, dann von dem Verf. und den Herren DDr. Frumuschanu, Juvara und Racoviceanu ausgeführt.

Fälle I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI und XII[4]. Es waren Leute nach der Reihenfolge im Alter von 15, 8, 24, 14, 4, 23, 20, 23, 17, 8, 34 und 48 Jahre. Aufnahme im Zeitraume vom 7. Februar 1898 bis zum 27. Juni 1900. Calculus vesicalis. Cystotomia suprapubica. Entfernung des Steines resp. der Steine. Sutura vesicalis totalis (3 bis 4 bis 5 cm) nach unserer Methode. Schluss der Abdominalwunde und Verband.

Die Erfolge waren nun folgende:

	Nachbehandlung	Spontanes Uriniren	Reunio per primam
Bei den Kranken I, V, VIII u. XI	kein Katheter	von Anfang an	am 9., 9., 12., 8. Tage
Bei den Kranken III, IV, VI u. VII	Verweilkatheter	vom 9. Tage ab	» 14., 12., 9., 9. »
Bei den Kranken IX und X	Zeitweiliges Katheterisiren	» 7. » »	» 7. und 11. »
Beim Kranken XII	dto.	» 4. » »	» 9. Tage.

Die einzig und allein bei dem 8jährigen Knaben II am 4. Tage aufgetretene leichte Urininfiltration kann man gar nicht dem Verfahren an sich, sondern der nicht sorgfältig genug angelegten Blasennaht zur Last legen. Indessen hatte sich schon der größte Theil seiner Blasenwunde bis auf eine kleine im unteren Wundwinkel gelegene Fistel vereinigt, welche dann durch Entfernung 1—2 abdominaler Silberfäden, Drainirung des unteren Wundwinkels durch Jodoformgaze und Anwendung des Dauerkatheters in 20 Tagen sich schloss.

Wir hatten also 11 rasche Heilungen! Wer nun unser leicht ausführbares Cystorrhaphieverfahren anwendet, wird die gleichen

[3] Die Veranlassung gaben uns die Hundeversuche, bei welchen kein Verweilkatheter und kein zeitweiliges Katheterisiren gebraucht wurde.

[4] Bezüglich der Details verweisen wir auf die in der Revista de chirurgie 1901 No. 3 erschienene Originalarbeit.

besten Resultate und die Überzeugung gewinnen, dass es der Drainirung, der Lithotripsie etc. weit überlegen ist.

Die Etagennaht hat zwar auch gute Resultate aufgewiesen, allein unsere Cystorrhaphie bietet zweifelsohne die meisten Garantien; denn sie giebt eine festere Naht ab, bringt den Parallelismus zwischen den einzelnen angenähten Schichten der Blasenwundränder zum Verschwinden und setzt dadurch einer event. Urininfiltration einen viel größeren Widerstand entgegen. Wir sind also im Stande, das permanente oder zeitweilige Katheterisiren ganz zu unterlassen, indem wir den Kranken ohne Sorge das selbständige Uriniren von Anfang an gestatten.

Und so ist denn der Wunsch nach einer idealen Sectio alta, d. h. nach einer solchen, welche man mit einer besonderen und methodischen Blasennaht sofort und erfolgreich beendigen könnte, durch unsere Cystorrhaphie per Imbrikation in Erfüllung gegangen.

---

1) **C. Bayer** (Prag). Die Chirurgie in der Landpraxis. 3. Auflage.

Berlin, **Fischer**'sche Buchhandlung 1901.

Die Vorzüge, welche wir dem Büchlein bei seinem ersten Erscheinen im Jahre 1892 nachrühmen konnten, haben ihm zu einer freundlichen Aufnahme in den ärztlichen Kreisen verholfen, für die es bestimmt war. Es liegt jetzt schon die 3. Auflage vor, welche durch Änderungen und mannigfache wesentliche Zusätze, so z. B. von Kapiteln über Epityphlitis, über »Impermeabilitas« intestini, Kolotomie u. a. m., erweitert ist und eine erheblich größere Zahl von Abbildungen bietet. Dadurch wird das kleine Buch sich gewiss viele neue Freunde erwerben und diesen in schwierigen Lagen ein zuverlässiger Wegweiser und Rathgeber werden. Wünschenswerth erscheint für die nächste Auflage die Aufnahme einiger Abschnitte über Verletzungen der Brust- und besonders der Bauchorgane.

Kramer (Glogau).

---

2) **R. Stechi** e **A. Gardini.** Chirurgia operatoria.

Mailand, **Hoepli**, 1901. 321 kleine Oktavseiten mit 118 Fig. im Texte.

Wenn auf so engem Raume, wie hier, solch ausgedehnte Gebiete des medicinischen Wissens, wie es die chirurgische Operationslehre darstellt, abgehandelt werden sollen, so geschieht dies leicht auf Kosten einer gewissen Gründlichkeit. Dieser Gefahr sind die Verff. denn auch nicht entgangen. Vieles ist bei aller Kürze klar und treffend dargestellt; andererseits vermisste Ref. manches Wichtige. So ist Asepsis recht stiefmütterlich behandelt, bei den Narkosen ist weder die Bier'sche noch die Oberst'sche erwähnt, und die Schleich'sche ist nur kurz gestreift. Ferner ist der Gastrostomie nach Witzel keiner Erwähnung gethan; überhaupt ist die Bauchchirurgie recht kurz und lückenhaft wiedergegeben etc. Der Deutsche

wird also kaum nach diesem Büchlein greifen, da ihm bereits eben so kurz gefasste, wie vorzügliche Operationslehren in der Muttersprache zur Verfügung stehen. **A. Most** (Breslau).

---

3) **F. Hofmeister** (Tübingen). Verbandtechnik. Mit 107 Abbildungen im Texte.

Tübingen, **H. Laupp'sche** Buchhandlung 1901. 106 S.

Dieses handliche Büchlein wurde in erster Linie für den Studirenden geschrieben und soll den Unterricht im Verbandkurs durch Wort und Bild ergänzen, auch selbständige Übung im Verbinden ermöglichen. Alle wichtigen und bewährten Verbände sind kurz besprochen und durch gut gelungene Bilder, welche nach der Natur durch einen Maler gezeichnet sind, dargestellt. H. hat die Tourenfolge bei den Verbänden mit Zahlen und Pfeilen bezeichnet, so dass allein aus der Abbildung die richtige Ausführung des Verbandes zu ersehen ist. Den bereits bekannten Verbandlehren reiht sich das Schriftchen würdig an. **Neck** (Chemnitz).

---

4) **P. H. van Eden** (Leunwarden). Verbandlehre. Mit 225 Abbildungen. Mit einem Vorworte von Prof. Dr. A. Narath in Utrecht.

Jena, **Gustav Fischer,** 1901. 195 S.

Das vorliegende Buch ist ursprünglich in holländischer Sprache geschrieben und jetzt auch ins Deutsche übersetzt worden. Dasselbe hat in Holland rasch Verbreitung und großen Beifall gefunden, wie aus den Vorworte von Prof. Narath hervorgeht.

Durch zahlreiche nach photographischen Aufnahmen reproducirte, meist gut gelungene Bilder werden alle wichtigen, aber auch weniger bekannten Verbände in klarer Form so zur Darstellung gebracht, wie sie in Wirklichkeit sind. Überall ist den Abbildungen eine kurze übersichtliche Beschreibung beigefügt. **Neck** (Chemnitz).

---

5) **Nehrkorn.** Multiplicität primärer maligner Tumoren. (Aus der Heidelberger chirurgischen Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 15.)

N. bespricht in der Abhandlung 3 Kombinationen multipler primärer bösartiger Geschwülste, die von Carcinom mit Carcinom, von Sarkom mit Sarkom und von Carcinom mit Sarkom, und zwar für jede Gruppe zunächst das Vorkommen am selben Organe, am gleichen Organsysteme und an verschiedenen Organen. Eingehend werden die Schwierigkeiten der Diagnose auf primäre Multiplicität und der Feststellung der Ätiologie — direkte Überimpfung oder Verschleppung von Geschwulstkeimen auf dem Lymphwege, Multiplicität gleichartiger chronischer Reize, oder primärer Geschwulst-



anlagen — gewürdigt und schließlich zugestanden, dass nur für specielle Fälle multipler Carcinombildung in ätiologischer Beziehung positive Ergebnisse errungen sind, was Angesichts des über dem Wesen der Krebsnoxe noch immer liegenden Dunkels nicht zu verwundern ist. Dass im Übrigen multiple primäre bösartige Geschwülste — wenn auch im Verhältnis zu der außerordentlichen Häufigkeit derartiger Neubildungen überhaupt sehr selten — öfters vorkommen, beweisen die Beobachtungen der Heidelberger chirurgischen Klinik aus den letzten Jahren. So wurden dort auf 100 Fälle von einfachen ca. 4 multiple Epitheliome der Haut, ferner in 5% doppelseitige bösartige Primärerkrankung der Brustdrüsen, in 30% beiderseitige bösartige Eierstocksgeschwülste gesehen. Ferner wird ein Fall von Mammacarcinom und bösartigem Uterusadenom, einer von Zottenkrebs der Blase und Plattenzellenkrebs am After, einer von Brustkrebs und Sarkom der Scheide, von Scirrhus der einen Mamma und Angiosarkom der anderen und schließlich einer von Melanosarcoma recti und Drüsencarcinom des Uterus mitgetheilt.

Kramer (Glogau)

---

6) **A. V. Moschowitz.** Tetanus.

(Annals of surgery 1900. August—Oktober.)

M. hat sich der Mühe unterzogen, alle mit Antitoxin behandelten Tetanusfälle der Gesammtlitteratur, so weit sie ihm zugänglich war, zusammenzustellen und zu analysiren. Aus der eingehenden Arbeit sei hier nur das Résumé hervorgehoben und ein paar Zahlen über die Werthigkeit der einzelnen Antitoxine:

Alle Formen des Tetanus werden durch den Bacillus Nicolaier verursacht. Von einem rheumatischen oder idiopathischen soll füglich nicht mehr gesprochen werden.

Die Tetanustoxine haben offenbar eine außerordentliche Affinität für das Vorderhorn des Rückenmarkes. Die Nissl'sche Färbemethode giebt hierüber Aufschluss.

Die Cerebrospinalflüssigkeit des Tetanuskranken ist toxischer als sein Blut.

Die Antitoxintherapie hat anscheinend einen außerordentlich günstigen Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung.

Seit der Einführung der Antitoxinbehandlung ist die Mortalität von ca. 90% auf 40% gesunken. Obgleich nun die Anwendung des Serums der mächtigste Faktor in der Tetanusbehandlung ist, so soll man doch die anderen anerkannten therapeutischen Maßnahmen nicht vernachlässigen.

In 290 Fällen wurde das Antitoxin subkutan, in 48 dagegen intracerebral gegeben; bei ersteren betrug die Sterblichkeit 40,3%, bei letzteren 52,1%.

Das Verhältnis der Häufigkeit der Anwendung der einzelnen Sera und ihre Wirksamkeit stellt sich bei den 338 citirten Fällen wie folgt: Tizzoni 76 Fälle, 53 Heilung : 23 Tod; Behring 61 Fälle,

36 : 26; Institute Pasteur 39 Fälle, 25 : 14; British Institute of preventive medicine antitoxin 28 Fälle, 16 : 12; Roux 27 Fälle, 9 : 18; Tavel 11 Fälle, 8 : 3; Parke, Davis and Co. 10 Fälle, 8 : 2; New York board of health antitoxin 8 Fälle, 2 : 6; Massachusetts state board antitoxin 4 Fälle, 2 : 2; Bernese 3 Fälle, 1 : 2; Remeroff und Fedoroff 2 Fälle, 1 : 1; Gibier 2 Fälle, 1 : 1; Bujwid 2 Fälle, 0 : 2; Preisz 1 Fall, 1 : 0; Boer 1 Fall, 0 : 1; in 63 Fällen, mit Serum unbekannter Herkunft behandelt, 32 : 31.

Die berücksichtigte Litteratur umfasst 337 Nummern.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

---

7) **A. Bier.** Die Transfusion von Blut, insbesondere von fremdartigem Blut, und ihre Verwendbarkeit zu Heilzwecken von neuen Gesichtspunkten betrachtet.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 15.)

Die nach der Transfusion fremdartigen Thierblutes auftretenden Erscheinungen fasst B. als eine Art »aseptischer Infektionskrankheit« auf und hält es für möglich, dass sich dieselben, das Transfusionsfieber, die Anregung des Stoffwechsels und Appetits und besonders die vorübergehenden, auf kapillarer Stauung beruhenden Hyperämien mit nachfolgender, länger dauernder seröser Durchtränkung innerer Organe und der Haut, zu Heilzwecken gebrauchen ließen. Die Versuche, die er zu diesem Zwecke unter Anwendung einer einfachen Technik angestellt hat, haben ihm schon jetzt gezeigt, dass es mit wiederholten, langsam ausgeführten Einspritzungen kleiner (bis 25 ccm) Mengen frischen defibrinirten Blutes von gesunden Hammeln in eine Hautvene der Ellenbeuge gelinge, bis zu einem gewissen Grade den Menschen an fremdes Blut zu gewöhnen. Unter den 11 Fällen von schwerster Tuberkulose der verschiedensten Organe, in denen solche Bluteinspritzungen vorgenommen wurden, wird ein Fall in Bezug auf die den Injektionen von bald kleineren, bald größeren Dosen gefolgten Erscheinungen ausführlich geschildert. Der Fall zeigt deutlich die zunehmenden hämolytischen Eigenschaften des Blutes beim Empfänger. Trotz der Schwere der nach einzelnen Bluteinspritzungen aufgetretenen Reaktion — Athemnoth, Husten, starke Röthe und Hitze im Gesichte, Urticaria, Schmerzen im Leibe und Rücken, Erbrechen, Stuhldrang, Diarrhöen, Durstgefühl, Schüttelfrost und Fieber etc., zuweilen Albuminurie und Schwellung der Milz — glaubt B. doch den Kranken nicht nur nicht geschadet, sondern sogar sehr wesentlich genützt zu haben; stark eiternde Fisteln und Geschwüre sonderten schließlich nur noch wenig ab, tuberkulöse Hodenschwellungen und Lupusstellen zeigten auffallende Rückbildung, der Appetit steigerte sich rasch, und damit nahm auch das Körpergewicht zu.

Über die bei inoperablen bösartigen Geschwülsten erzielten »bemerkenswerthen« Wirkungen will B. später berichten.

Kramer (Glogau).

---

8) H. Dörfler (Regensburg). Blutvergiftung und Amputation.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 17 u. 18.)

D. gelangt auf Grund eigener Erfahrungen bezüglich der Behandlung schwerster Fälle von septischer, progredienter Phlegmone — ca. 90% Heilungen durch ausgedehnte Incisionen — zu folgenden Schlüssen:

1) Es giebt keine lokale Sepsis ohne sofortige Betheiligung des ganzen Organismus.

2) Die Amputation bei Blutvergiftung (progredienter septischer Phlegmone, malignem Ödem, foudroyanter Gangrän) ist vollständig zu verwerfen.

3) Amputirt darf nur werden, was der Gangrän verfallen ist und sich demarkirt hat.

4) Die Lehre von der Zulässigkeit der Amputation bei progredienter Phlegmone etc. ist aus den klinischen Lehrbüchern der Chirurgie zu streichen.

Kramer (Glogau).

---

9) M. Doléris. Analgésie par injection de cocaïne dans l'arachnoïde lombaire.

(Compt. rend. de la soc. d'obstétr., de gynécologie et de paediatrie de Paris, 1900. December, p. 328.)

Bei 15 gynäkologischen Eingriffen verschiedener Art zeigte sich, dass nach Einspritzen von 0,01—0,02 g Cocain völlige Analgesie bei den Operationen bestand.

In 2 Fällen waren trotz Einspritzung Schmerzen vorhanden. 1mal handelte es sich um die Entfernung einer großen Pyosalpinx mit ausgedehnten Verwachsungen; dabei war Zug am Netze und den Darmschlingen schmerzhaft. Im 2. Falle wurde die Alexander-Adams'sche Operation ausgeführt. Dabei verursachte das Hervorziehen der runden Bänder lebhafte Schmerzen. Zur Verhütung des den Einspritzungen nachfolgenden Erbrechens empfiehlt D. subkutane Einspritzung von 0,002—0,004 g Hyoscin.

Neck (Chemnitz).

---

10) W. Zydłowicz. Zur Behandlung des Ulcus molle nach Andry.

(Gazeta lekarska 1900. No. 52.)

Verf. empfiehlt auf Grund eigener Erfahrung sehr warm das von Andry und Kroesing empfohlene Verfahren, welches sich ihm in folgender Modifikation am zweckmäßigsten erwiesen hat: Unter den Geschwürsrand wird Behufs Anästhesirung 2%ige Cocainlösung injicirt, hierauf das Geschwür exkochleirt. Nach Stillung der Blutung durch Tamponade und Bedeckung der Umgebung des Geschwüres mit Billroth's Battist zum Schutze vor der Hitze wird ein zur Rothgluth erhitzter Platinbrenner 1 Minute lang in einer Entfernung von 3—4 mm vom Geschwüre gehalten. Gewöhnlich genügt eine einmalige Kauterisation. Als besonderen Vortheil des Verfahrens

hebt Verf. den Umstand hervor, dass es nie zu Vereiterung der Leistendrüsen kommt. **Trzebicky** (Krakau).

11) **E. Borzecki.** Syphilis d'emblée.

(Nowiny lekarskie 1900. No. 19 u. 20.)

Auf Grund eigener Erfahrung und eines genauen Studiums der Litteratur behauptet Verf., dass sicher konstatirteFälle von Syphilis d'emblée (Syphilis ohne Primäraffekt) vorkommen und sich in ihrem weiteren Verlaufe durch nichts von den gewöhnlichen Fällen unterscheiden. **Trzebicky** (Krakau).

12) **Melis.** Des injections intramusculaires d'huile au bijodure de mercure dans les accidents syphilitiques et les tuberculoses locales, ainsi que dans certaines affections cutanées.

(Arch. méd. Belges 1901. Januar.)

M. hat eine große Reihe von Versuchen angestellt, um die lästige Schmierkur und die Behandlung der Syphilis vom Magen aus durch intramuskuläre Injektionen vom Quecksilberverbindungen bei sekundären und tertiären Formen der Syphilis zu ersetzen. Er fand, dass das Hydrarg. bijodat. in Verbindung mit Öl 0,4 : 100 die besten Resultate liefere. Eine Pravaz'sche Spritze enthält somit 0,004 Hg bijod. M. macht täglich 2 Einspritzungen in die Lenden- oder Glutäalmuskeln und setzt dies einige Wochen fort. Er konnte jedoch auch die 3—4fache Dosis nehmen und die Einspritzung an 2 Tagen der Woche vornehmen. Die Resultate waren günstige. — Auch bei kalten tuberkulösen Abscessen und hartnäckigem Ekzem hatte er mit dem Mittel gute Erfolge. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

13) **S. Jessner.** Kompendium der Hautkrankheiten einschließlich der Syphilide und einer kurzen Kosmetik. 2. Aufl.

Königsberg, **Thomas & Oppermann,** 1900.

Das vorliegende Kompendium ist für Studierende und Ärzte geschrieben und wird sicher seinen Zweck erfüllen. Es behandelt die speciellen Krankheiten nach einem vom Verf. selbst aufgestellten, auf pathologisch-anatomischer (Hebra'scher) Grundlage aufgebauten System. Die knappe, klare Darstellung bringt alles Wesentliche und berücksichtigt wesentlich neuere und neueste Forschungen. Dass die Syphilis und Kosmetik in den Kreis der Darstellung mit einbezogen sind, so wie dass eine reiche Anzahl (166) von Recepten beigegeben sind, halten wir für einen Vortheil. Um so lieber wird es der Praktiker nachlesen. **V. Klingmüller** (Breslau).

14) **N. S. Keirle.** The treatment of erysipelas.

(Philadelphia med. journ. 1901. Februar 16.)

Verf. empfiehlt folgende kombinirte Behandlung des Erysipels, mit der er alle seine Fälle innerhalb 3—4 Tagen geheilt hat: 4 bis

5 cm vom Rande des Erysipels entfernt wird ein breiter Ring mit Jodtinktur gezogen, das Erysipel selbst aber mit Ichthyolsalbe bedeckt; über das Ganze kommt heißer Umschlag, der 4stündlich gewechselt wird. Nach 12 Stunden wird gegebenen Falles Jodtinktur und Ichthyol nochmals erneuert. **O. Müller** (Hirschberg i/Schl.).

---

15) **Pignot.** Étude clinique des neignes. Hygiène publique et prophylaxie des teignes tondantes en 1900 à Paris et dans sa banlieue.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1900.

Die vorliegende Dissertation beschäftigt sich eingehend mit der Hygiene und Prophylaxe der Pilzkrankheiten des behaarten Kopfes in Paris. Die ungeheuer hohe Ziffer der davon betroffenen Schulkinder — schätzungsweise sind es etwa 10000 — und die rasche Zunahme in den letzten 14 Jahren — 1886 wurden etwa nur 3000 gezählt — veranlassen den Verf., die bisher dagegen angewandten Schutzmaßregeln als ungenügend anzusehen. Die kranken Kinder wurden bisher in der École Lailler, so weit Platz vorhanden, untergebracht. Diese reicht aber bei der hohen Erkrankungsziffer nicht aus, und es ist somit dauernd Gelegenheit, dass sich die überaus ansteckende Krankheit in den Schulen weiter verbreitet. Verf. warnt davor, diese Angelegenheit weiter zu vernachlässigen, und schlägt vor, mehr und besser geschulte Schulärzte zu ernennen, die sämmtliche Schulen zu revidiren haben, und zweitens neue Schulen für pilzkranke Kinder auf dem Lande einzurichten.

Dem eigentlichen Thema ist eine kurze Beschreibung der in Betracht kommenden Krankheiten des behaarten Kopfes vorausgeschickt: Alopecia areata, Favus, Gruby'sche Krankheit, Trichophytie.

Bekanntlich ist die Trichophytie des behaarten Kopfes in Deutschland eine außerordentlich seltene Krankheit.

W. Klingmüller (Breslau).

---

16) **Bodin.** Sur les trichophyties de la barbe.

(Annal. de dermatol. et syphil. 1900.)

An der Hand von 5 Fällen, die Verf. mikroskopisch und bakteriologisch genau untersuchte, tritt er der Behauptung Sabourand's entgegen, dass der Pilz der Bartflechte thierischen Ursprungs sei. Des Verf.'s Untersuchungen ergaben, dass der von ihm gefundene Pilz identisch war mit dem der Trichophytie der Kinder, also eine Endothrixform. Eben so war das klinische Bild das gleiche, oberflächliche, circinäre, schuppende, wenig juckende Flechte. Immerhin giebt Verf. zu, dass Sabourand's Ansicht im Allgemeinen richtig sei.

W. Klingmüller (Breslau).

---

17) **Ehlers.** La sclérodermie-sclérodactylie serait-elle une manifestation de la tuberculose?

(Ann. de la dermatol. et de syphil. 1900. Hft. 12.)

E. bespricht einen Fall von mutilirender Sklerodaktylie mit Sklerodermie des Gesichtes. Auffallend ist in der Krankengeschichte die hereditäre Belastung mit Tuberkulose: 2 Brüder und eine Schwester sind an Lungentuberkulose gestorben, eine Schwester an Lupus vulgaris und Scrofuloderma. Pat. selbst leidet seit etwa 18—20 Jahren an Panaritien, die allmählich zum Verluste dreier Zehen und eines Fingers führten. E. hält einen Zusammenhang mit Tuberkulose für möglich, da ein gleichzeitiges Vorkommen von Tuberkulose und Sklerodermie öfter beobachtet ist (Gamberini, Hallopeau).

V. Klingmüller (Breslau).

---

18) **F. Schlagintweit.** Das Phänomen der schwimmenden Tropfen. (Les gouttes flottantes.)

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane 1901.)

Bei einem 54jährigen an chronischer, gonorrhoischer Prostatitis leidenden Manne ergab die Massage der Prostata zweierlei Sekret, je nachdem der untere oder der obere Theil der Drüse massirt wurde. Das Sekret aus dem unteren Theile zertheilte sich, wenn ein mit Wasser gefülltes Glas vor die Harnröhrenöffnung gehalten wurde, sofort im Wasser, dasjenige aus dem oberen Theile bildete hingegen zähe, an der Oberfläche des Wassers hängende Tropfen, die eine Menge bewegungsloser Spermatozoen enthielten und desshalb aus den Samenblasen stammen mussten. So wie ein Tropfen Sekret aus dem unteren Theile der Prostata zugesetzt wurde, bewegten sich die Spermatozoen aufs lebhafteste. Verf. glaubt, dass es oft gelinge, makroskopisch das Sekret der Prostata vom Inhalte der Samenblase zu trennen, und dass viele Befunde von todten Spermatozoen sich als solche erklären, bei denen eine Beimischung von Prostatasekret fehlt.

F. Brunner (Zürich).

---

19) **J. B. Bissel.** The relief of prostatic enlargment.

(New York med. record 1900. November 10).

20) **L. B. Bangs.** A contribution to the Bottini operation for the radical relief of prostatic obstruction.

(Ibid. 1901. März 9).

21) **J. R. Haydem.** Conservatism in the diagnosis and treatment of prostatic hypertrophy.

(Ibid. 1901. März 23).

Bissell bespricht in einem eingehenden Vortrage, wie die genauere Kenntnis der Anatomie, Physiologie und Pathologie der Prostata, der weitere Gebrauch der lokalen Anaesthetica und das Cystoskop die Indikationen für die Therapie exakter gestaltet haben.

Die beiden Wege — künstliche Entnahme des Urins oder Entfernung des obstruirenden Theiles — werden besprochen. Die Bottini'sche Operation erscheine wegen der Gefahr der Sepsis nach der unchirurgischen Procedur im Dunkel nicht zu entschuldigen. Dagegen wird von den Methoden der Prostatektomie besonders die laterale perineale Methode vorgezogen und als die rationellste und sachlichste Form der Behandlung in geeigneten Fällen genauer beschrieben.

Dagegen hat Bangs 34 Bottini-Patienten, von denen die Hälfte ein absolutes Katheterleben führten. Von dieser Hälfte wurden 80% geheilt! Ein Operirter starb 24 Stunden später an Sepsis in Folge Durchbrennens der Harnröhre. Ein zweiter ging 25 Tage später an Herzbeschwerden, die sich am 5ten Tage entwickelten, ein. Ein dritter nach 22 Tagen, schon entlassen, an alter Nephritis. Es wird konstatirt, das vor dem Eingriffe eine Allgemeinuntersuchung vorzunehmen sei, und genau überlegt werde, ob für eine so schwere Operation auch abgesehen von dem Zustande der Harnorgane eine Berechtigung vorliege. Die sonstigen guten und trüben Erfahrungen des Verf. bestätigen die Publikationen anderer Autoren.

Dass eine drohende Gefahr gegenwärtig in dem Bestreben liege, alle Prostatiker sofort zu operiren, ohne auch nur den Versuch eines genügend individualisirten palliativen Verfahrens eingeschlagen zu haben, findet H. Weder die Symptome noch der Allgemeinzustand erlaubten nach manchen Krankengeschichten in den neuereu Publikationen oft solche heroischen Methoden. Unter den Grundzügen der konservativen Behandlung, welche des weiteren ausgeführt werden, sind als sehr wirksam bei schmerzhaften und entzündlichen Symptomen heiße Salzwasserirrigationen des Mastdarmes registrirt.

Loewenhardt (Breslau).

---

22) **Posner.** Die Behandlung der Prostatahypertrophie.

(Therapie der Gegenwart 1901. März.)

Aus der Arbeit P.'s wird interessiren die schroffe Zurückweisung der »sexuellen Operation«, und die warme Empfehlung der »geistvollen Modifikationen der urethralen Prostatomie«, des Verfahrens von Bottini, und seiner Ausführung mittels des Freudenberg'schen Apparates, bei Verwendung der Cystoskopie.

Die Ergebnisse Freudenberg's, über welche dieser auf dem Kongresse in Paris berichtete, werden angeführt; sie dürften bekannt sein.

Gross (Jena).

---

23) **O. Pasteau.** Étude sur les calculs de la prostate.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1901. April 19.)

Auf Grund der bisher vorliegenden wenigen Beobachtungen sucht Verf. ein Bild von der pathologischen Anatomie und Pathogenese der sehr seltenen Prostatasteine zu geben. Nach Guyon muss man 2 Hauptarten von Prostatasteinen unterscheiden: 1) Steine, die sich in dem mehr oder weniger ausgedehnten prostatischen

Theile der Harnröhre befinden; 2) Steine, die im prostatischen Gewebe selbst liegen, mehr oder weniger weit entfernt von der Harnröhre, in Höhlungen, die entweder mit der Harnröhre kommuniciren oder nicht. Die Steine der erstgenannten Kategorie können nicht als wahre Prostatasteine angesehen werden; es sind Harnröhrensteine, die entweder im Bereiche der Pars prostatica festgehalten worden sind oder sich daselbst entwickelt haben. Diese Konkremente sitzen entweder unterhalb des Blasentheiles nur im prostatischen Theile der Harnröhre und können hier bedeutende Ausbuchtungen derselben hervorrufen, oder sie setzen sich bis in die Blase fort, so dass eigenthümlich geformte, sanduhrförmige oder birnenförmige Konkremente entstehen. Selten erstreckt sich ein Konkrement von der Pars prostatica bis in die Pars membranacea oder gar selbst bis in die Pars bulbosa.

Die wahren Prostatasteine, die in mit der Harnröhre kommunicirenden Gewebshöhlen sitzen, sind meist sehr klein; in der Mehrzahl der Fälle kann man die Ausbuchtungen wohl als Harnröhrendivertikel ansehen.

Die in vollkommen abgeschlossenen Höhlen des Prostatagewebes sitzenden Konkremente sind noch am wenigsten bekannt; sie sind im eigentlichen Sinne des Wortes wahre Prostatasteine. Sie treten ein- oder mehrfach auf, haben meist eine abgerundete, regelmäßige Form und eine braune oder schwarze Färbung; ihr Volumen ist meist nicht beträchtlich, doch sind auch schon hühnereigroße Konkremente beobachtet worden. Die falschen Prostatasteine können aus Harnsäure oder Phosphaten oder aus beiden gemischt bestehen. Die wahren intraglandulären Prostatasteine und auch manche Divertikelsteine bestehen entweder aus kohlensaurem und phosphorsaurem Kalk und Magnesia oder Albuminoidstoffen mit geringem Phosphatdépôt. Das Prostatagewebe befindet sich entweder im Zustande der einfachen Hypertrophie oder es zeigt die Reste von vorausgegangener Prostataeiterung oder mehrfache Knotenbildung.

Die falschen Prostatasteine stammen aus den oberen Harnwegen; die wahren Prostatasteine sind eine autochthone Bildung, hervorgerufen durch eine infektiöse Entzündung des Drüsengewebes.

Paul Wagner (Leipzig).

---

24) **W. R. Pryor.** An improved method of examining the female bladder admitting intravesical operations and treatment of the ureters.

(New York med. record 1901. März 2.)

Das Cystoskop von P. besteht aus Röhren verschiedenen Kalibers mit Obturatoren. Die Lampe wird durch eine dünnere Röhre an der Seite genannter Specula befestigt und über das vesicale Ende hinausgeführt, so dass die Lichtstrahlen nicht direkt in das Endoskop selbst fallen. Die Figur zeigt den Apparat ohne Obturator.

Die Position der Pat. ist nicht die Knie-Brustlage wie bei Kelly, sondern mediane Steinschnittlage. Diese Position wird bevorzugt, weil die Harnleitermündungen sich besser präsentiren sollen; denn der Blasengrund wird gestreckt beim Zurücksinken des Uterus. Die Besichtigung geschieht unter Lufteintritt, resp. Füllung.

Wer die Harnleiter mit einem der neueren mit Nitze's optischer Einrichtung versehenen Harnleitercystoskope (Nitze, Albarran, Casper, Kollmann, Schliefka) sondirt, wird nach solchen Versuchen direkter Inspektion kein Verlangen mehr tragen.

Loewenhardt (Breslau).

---

25) **Mann.** The kidneys and their relation to operations.

(Buffalo med. journ. 1901. März.)

Verf. beobachtete 5 Todesfälle nach Äthernarkose, zum Theil in Folge von Niereninsufficienz und vollkommener Suppressio urinae. In der Hälfte sämmtlicher Fälle traten nach Äthernarkose Cylinder und Eiweiß im Urin auf, welche 4—10 Tage lang nachweisbar waren. Bei Verdacht auf Nierenerkrankung lässt Verf. eine längere Behandlung derselben mit Heißluft- und Wasserbädern so wie Alkalien der Operation vorausgehen.

Mohr (Bielefeld).

---

26) **R. T. Morris.** A method of fixation for loose kidneys.

(New York med. record 1901. Februar 23.)

M. hält die Nephropexie nur für berechtigt bei schwer wiegenden Symptomen und Nutzlosigkeit jeder anderen Behandlung. Er macht auf die Abhängigkeit muköser oder membranöser Colitis und auf die Reflexstörungen besonders aufmerksam, so wie auf die von Edebols beschriebene Kongestion von Blinddarm und Wurmfortsatz durch Druck der Wanderniere auf die Vena mesenterica superior.

Seit 2 Jahren löst Verf. einen Lappen aus der Capsula fibrosa an 3 Seiten los und zieht ihn durch einen Schlitz des Musculus psoas oder quadratus, wo er festgenäht wird. Das anliegende freigelegte Parenchym verwächst fest mit der Muskelfascie. Durch das Parenchym selbst brauchen keine Nadeln gelegt zu werden wie bei Edebols. Die Senn'sche Methode vermeidet das auch, die Heilung dauere aber zu lange (Entfernung der Fettkapsel, Skarificirung der fibrösen Kapsel, Granulationsheilung durch Jodoformtamponade). Die Entfernung eines Theiles der fibrösen Kapseln stamme eigentlich von Guyon.

Loewenhardt (Breslau).

---

27) **F. Parona.** A proposito della cura operatoria del varicocele.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1901. No. 30.)

P. vertheidigt seine Methode der Varicoceleoperation gegenüber den auf den Experimenten Alessandri's fußenden Einwürfen Benassi's. Er weist auf die analogen Verfahren von Jaboulay, Doyen und Volkmann bei der Operation der Hydrocele hin, denen der Vorwurf konsekutiver Hodenatrophie nicht gemacht werde. Zu-

dem hat P. den von ihm operirten 26 Fällen niemals eine Atrophie des Hodens folgen sehen, sowohl die Funktion wie Volumen und Sensibilität des Organs blieben unbeeinflusst. Dagegen hat die Varicocele nicht selten eine Atrophie des Hodens zur Folge. P. kombinirt sein Verfahren neuerdings mit einer Dehnung der Nerven des Samenstranges nach Analogie des Vorgehens von Chipault und Jaboulay bei Varicen der unteren Extremitäten.

Dreyer (Köln a/R.).

Kleinere Mittheilungen.

28) **Gerson** (Berlin). Elastische Pflasterbinden.

(Therapie der Gegenwart 1901. Februar.)

Außer auf eingehenden eigenen basirt G.'s Empfehlung der elastischen (Gummigewebe) Pflasterbinden auf den Versuchen Hoffa's und Brentano's (Berlin).

Die Pflasterbinden — von der Firma Beyersdorf-Hamburg zu beziehen — eignen sich nach G. in der Dermotherapie zu schnellem Einverleiben von Salben und Pflastern, in der Chirurgie zum Ersatze von Kompressivverbänden, als Nabelbruchbinden, zu einfachen Wundverbänden, auch zur Stillung von Blutungen bei Wunden und weiter auch als Konstriktionsbinden, zur Schaffung künstlicher Blutleere besonders dort, wo der Esmarch'sche Schlauch leicht abgleitet, am Schultergelenke, Hüftabschnitte des Oberschenkels etc. **Gross** (Jena).

29) **H. Ernberg.** Beiträge zur Kenntnis der sog. Ganglien.

(Nord. med. Arkiv N. F. Bd. XI. Abth. 35. [Schwedisch.])

Die Arbeit Verf.s enthält zuerst eine übersichtliche Darstellung der bisher gewöhnlichen Ansichten über die Pathogenese der Ganglien mit besonderer Hervorhebung der Arbeiten Ledderhose's in Deutschland und Gosselin's in Frankreich. Danach beschreibt Verf. in ausführlicher Weise die histologische Untersuchung zweier Fälle, die der folgenden Auseinandersetzung der Pathogenese der Krankheit als Unterlage dienen. Der eine war ein typisches Carpalganglion mit ausgesprochener Stielbildung, von der Prädilektionsstelle der Ganglien zwischen Os naviculare und trapezoides ausgehend. Die Schnitte ergaben Bilder, welche hauptsächlich mit denjenigen Ledderhose's übereinstimmten: ein charakteristisches Bindegewebe von ödematösem Aussehen, in kleine, mit gelatinösen Massen gefüllte Cystchen sich auflösend und nach und nach zu etwas größeren Cysten zusammenfließend. — Im 2. Falle handelte es sich um ein Ganglion, das aus der Gegend der Articulatio fibulo-tibialis superior exstirpirt wurde. Es recidivirte nach 9 Monaten. Die histologische Beschaffenheit war in der Hauptsache die gewöhnliche; der Degenerationsprocess erstreckte sich aber auch in das intermuskuläre Bindegewebe hinein, und die Schnitte zeigten gewisse Ähnlichkeit mit denjenigen der Myxome.

Nach einer kritischen Erörterung der Entwicklungsgeschichte der Ganglien wirft Verf., der sich mit den bisherigen Ansichten nicht völlig einverstanden erklärt, folgende Theorie auf. Es entsteht zuerst eine kleine Hernie der Synovialis des Gelenkes. Dieser Bruch ist kein Ganglion, aber durch die event. Einklemmung, welche seinen Hals treffen kann, bildet sich in der eingeklemmten Partie und rings um dieselbe ein Ödem, von einer, wenigstens partiellen, Nekrose gefolgt, welche den Zutritt der Synovialflüssigkeit zu den veränderten Geweben gestattet. Dies erklärt die charakteristische cystöse Degeneration, deren Anfang das Aussehen eines Ödems hat. Die Einklemmung der Synovialhernie muss die mehr oder weniger vollständige Obturation des Stieles zur Folge haben, zuerst in demjenigen Theile, der dem Gelenke am nächsten liegt. Diese Erklärung wird bestätigt durch die anatomischen Charaktere der Ganglien.

Für einzelne Fälle giebt Verf. die Möglichkeit eines anderen Entwicklungsmodus zu.

Die Arbeit ist mit 2 wohlgelungenen Abbildungen versehen.

Hansson (Cimbrishamn).

30) **J. B. Bissel.** Tetanus following clean operation wounds.

(Philadelphia med. journ. 1901. Februar 16.)

Im St. Vincent Hospital, New York City, ereigneten sich nach aseptischer Operation 2 Tetanusfälle. Als einzige in Frage kommende Berührungspunkte der beiden Fälle konnte allein ausfindig gemacht werden, dass bei beiden Operationen derselbe Narkotiseur in Thätigkeit und dasselbe Katgut verwandt war. Operateur, Operationsraum, Assistenz, Verbandmaterial, Instrumente etc. waren verschieden. Im 1. Falle trat am 14. Tage nach einer Alexander-Adams'schen Operation Tetanus auf, der nach 14 weiteren Tagen tödlich endete. Im anderen Falle setzte der Tetanus nach einer Laparotomie (Uterusfibroid) am 9. Tage ein. Auch bei diesem trotz Antitoxin innerhalb 24 Stunden Tod. Beide Wunden waren primär geheilt. Das Katgut konnte nicht Schuld an der Infektion sein, da es vorher wie auch später ohne jede Störung verwandt wurde.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

31) **Mühlig** (Konstantinopel). Über Wismuthvergiftung.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 15.)

Die Vergiftungserscheinungen (Stomatitis) traten in den 2 mitgetheilten Fällen von Brandverletzung nach äußerer Anwendung des chemisch rein befundenen Bismuthum subnitricum auf und gingen erst nach vollständiger Entfernung des Mittels aus den Wunden mittels Auskratzung derselben zurück.

Kramer (Glogau).

32) **Ch. Achard** und **A. Clerc.** Intoxication par l'acide picrique. Eruption cutanée avec éosinophilie.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900. No. 81.)

In einem Falle von Verbrennung der linken Wange mit glühendem Eisen waren Bestreichungen der frischen Brandwunde mit Pikrinsäure angewendet worden. Am Abend desselben Tages noch trat am ganzen Körper ein heftiges Jucken und Anschwellung des Gesichts auf. Am 3. Tage nachher wurde am ganzen Körper, Armen und Beinen ein scharlachförmiger Ausschlag beobachtet; an der Volarfläche der Hände, welche geschwollen und schmerzhaft waren, so wie an den Plantae pedum zahlreiche schmerzhafte Phlyktänen. Keine Temperaturerhöhung. Nach etwa 8 Tagen war das Exanthem abgeblasst; an Händen und Füßen trat Desquamation ein. Die Blutuntersuchung ergab eine beträchtliche Vermehrung der eosinophilen Zellen (bis 15% der weißen Blutkörperchen), welche erst nach Wochen langsam abnahm. Um den Einfluss der Pikrinsäure auf die Eosinophilie zu studiren, injicirten die Verff. zwei Hunden je 0,06 und 0,18 unter die Haut. Nur bei dem letzteren stiegen die eosinophilen Zellen von 4% auf 7%.

Ref. beobachtete kürzlich eine typische Scharlachinfektion, ausgehend von einer kleinen belegten Brandwunde des rechten Vorderarmes. Das über den ganzen Körper verbreitete nicht juckende Exanthem heilte unter lebhafter Desquamation. Es war auf die Brandwunde nur Zinksalbe applicirt worden.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

33) **Ch. Achard.** Urticaire abdominale en bandes symétriques et segmentaires.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900. No. 99.)

Eine 26jährige Frau, die vor 7 Jahren an einem typischen Herpes zoster der rechten Rumpfseite gelitten hat, erkrankt gegenwärtig, 2 Wochen nach ihrer Ent-



bindung, an einem Urticaria-ähnlichen Ausschlage, welcher doppelseitig und symmetrisch war. Er ist ganz plötzlich unter starkem Juckreize aufgetreten und dehnt sich jederseits gürtelförmig aus, hinten in einer Entfernung von 10 cm von der Wirbelsäule beginnend und vorn 5 cm vom Nabel endigend. Die Höhe dieser Zone betrug durchschnittlich 10 cm. Nach 2 Tagen war die Affektion verschwunden.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

34) **Proflchet.** Sur une variété de concrétions phosphatiques souscutanées (pierres de la peau).

Thèse de Paris, **G. Steinheil**, 1900.

Verf. beschreibt nach kritischer Besprechung 7 ähnlicher aus der Litteratur zusammengestellter Fälle einen von ihm selbst beobachteten. Es handelte sich um multiple subkutane Geschwülste, die ulcerirten und nach Abstoßung von Eiter und Steinchen oder kiesgroßen Konkrementen spontan ausheilten. Der Pat. des Verf. starb, weil die Affektion sehr ausgebreitet war, an allgemeiner Schwäche und kam zur Sektion. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwülste ergab, dass sie aus einer bindegewebigen Wand und Gerüst bestehen, aus lichtbrechenden Körpern, die unregelmäßig darin verstreut sind und manchmal umgeben werden von einkernigen und Riesen-Zellen. Innerhalb der Geschwülste finden sich außerdem cystische Hohlräume von verschiedener Größe, die in frischem Zustande eine weißliche halbflüssige, sahnige Substanz enthalten. Die chemische Untersuchung der Geschwülste wies nach, dass sie hauptsächlich aus phosphorsaurem Kalk bestanden. Kulturen und Thierversuche ergaben negative Resultate. Zwei Hypothesen stehen sich bei der Erklärung dieser Affektion gegenüber: Die einen Autoren nehmen eine Diathese (Diathèse phosphatique), die andern einen parasitären Ursprung (Coccidiose) an. Verf. neigt zu letzterer Ansicht.

V. Klingmüller (Breslau).

35) **H. Kaposi.** Ein Fall von Lymphosarkom mit ausgedehnten, spontan sich rückbildenden Hautmetastasen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 1.)

Eine 76jährige Frau wurde in die Czerny'sche Klinik wegen eines großen Lymphosarkomes der rechten Gesichtshälfte und zahlreicher Haut-, so wie Drüsenmetastasen aufgenommen. Letztere bildeten sich in der Folge rasch spontan zurück, die Primärgeschwulst wuchs nach vorübergehender Verkleinerung weiter, führte zu Behinderung des Schluckens und Athmens; es entstanden neue Metastasen, schließlich trat der Tod in Folge von Inanition ein. Die Sektion ergab neben der Primärgeschwulst, die anscheinend vom Nasen-Rachenraume ausgegangen war, Metastasen im Brust- und Bauchraume so wie in Drüsen und Haut. — Anschließend bespricht Verf. an der Hand der Litteratur die Hautaffektionen bei malignen Lymphomen und Lymphosarkomen, die Rückbildung solcher Geschwülste, so wie die Differentialdiagnose seines Falles gegenüber der Mycosis fungoides und der Sarkomatosis cutis.

Honsell (Tübingen).

36) **D. A. Blagowestschenski.** Zur Frage von der Sectio alta bei kompleter Narbenstriktur der Harnröhre und Harnfisteln.

(Annalen der russ. Chirurgie 1900. Hft. 6.)

Pat. leidet seit 5 Jahren an Harnröhrenstriktur und Harnfisteln am Damme. Eine Urethrotomia externa half wenig, eine Sonde konnte nicht durch die Striktur durchgeführt werden. Pat. kam zuletzt sehr herunter; am Damme trat partielle Gangrän auf, Nierensymptome erschienen. Nun wurde die Sectio alta gemacht; der Harn entleerte sich durch die Fistel. Die Schwellung am Damm und Hodensack ging zurück, und nach 2 Monaten ließ die Harnröhre schon Spülflüssigkeit aus der Blase durch. Die Kompression der Harnröhre begann also zu schwinden. Nach und nach erweiterte sich die Harnröhre immer mehr, man führte Sonden ein,

machte eine Urethrotomia interna, und 8 Monate nach der Sectio alta verließ Pat. das Krankenhaus vollständig geheilt. 3 Jahre später verrichtet er alle seine gewohnten Arbeiten. **Glückel** (B. Karabulak, Saratow).

37) **R. de la Harpe.** Beiträge zur Kasuistik und Technik der Bottini'schen Operation.

(Centralblatt f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane Bd. XII. Hft. 3.)

Bericht über 29 an 22 Pat. in der Privatklinik von Prof. E. Burkhardt in Basel ausgeführte Bottini'sche Operationen. Es wurde in der letzten Zeit bei mäßig mit Luft gefüllter, cocainisirter Blase operirt, und nur mit hinteren und seitlichen Schnitten. Ein Dauerkatheter wurde nur bei stärkerer Blutung eingelegt. — Komplikationen traten auf: Nachblutung in 4 Fällen, Fieber in 9 Fällen, Verletzungen der Harnröhre durch das verbogene Platinmesser 2mal. Die Resultate waren: 13 Heilungen, 4 Besserungen, 4 Misserfolge, 1 Todesfall in Folge von Sepsis. 4 Pat. wurden 2mal, 1 3mal operirt. **Fr. Brunner** (Zürich).

38) **M. Möller** (Stockholm). Ein Fall von primärer Prostatatuberkulose nach vorangegangenem traumatischen Prostataabscesse.

(Centralblatt f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane Bd. XII. Hft. 3.)

In einem Falle von allgemeiner Miliartuberkulose, bei welchem während des Lebens an den Harnorganen nichts Pathologisches nachgewiesen werden konnte, und speciell der Urin normale Beschaffenheit zeigte, fand sich bei der Autopsie nirgends ein primärer Herd außer einem haselnussgroßen käsigen Knoten in der Mittelpartie der Prostata. Blase, Harnleiter, Hoden und Nebenhoden waren ohne Veränderungen. 2 Jahre vorher war bei dem Pat. ein Abscess am Damme incidirt worden, der sich nach einem Falle aufs Gesäß gebildet hatte.

Fr. Brunner (Zürich).

39) **Pousson.** Cystite tuberculeuse.

(Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux 1901. März 1.)

Vorstellung eines wegen Blasentuberkulose unter Medullaranästhesie vor einem Jahre operirten Kranken. Gewichtszunahme seit der Operation 16 kg. Häufiger Urindrang, aber ohne Schmerzen. Urin noch leicht eitrig, aber ohne Blutbeimischung. Bedeutende Besserung des Allgemeinbefindens. **Mohr** (Bielefeld).

40) **R. Barlow.** Ureteritis arteficialis in Folge von missglücktem Ureterenkatheterismus in einem Falle von Blasentuberkulose.

(Centralblatt f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane Bd. XII. Hft. 3.)

Bei der Katheterisation des rechten Harnleiters konnte der Katheter nur 6 cm weit eingeführt werden; es trat etwas Fieber ein und es bildete sich eine bleistiftdicke, schmerzhafte, bei der mageren, schlaffen Pat. leicht durch die Bauchdecken fühlbare Schwellung des Harnleiters aus, die nach einigen Tagen wieder verschwand. Unter 60 zu diagnostischen Zwecken ausgeführten Harnleiterkatheterisationen hat Verf. sonst nie ungünstige Folgeerscheinungen gesehen.

Fr. Brunner (Zürich).

41) **Richardson.** A case of obliteration of the right ureter by a calcified fibroid. Removal of fibroid and implantation of the ureter into the bladder, recovery.

(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 5.)

Bei der durch die Verkalkung sehr schwierigen Operation riss der rechte Harnleiter ab, der in den verkalkten Massen eingebettet lag. Sein distales Ende an der Blase war unauffindbar, der obere Theil, so wie das Nierenbecken stark ausgedehnt. Einpflanzung des Harnleiterstumpfes in die Blase derart, dass er 1 Zoll lang in dieselbe hineinragte. Knopfnähte mit Seide, ungestörte Heilung.

Trapp (Bückeburg).



42) **Viannay.** Pyonéphrose tuberculeuse fermée.

(Indépendance méd. 1901. No. 18.)

Bei der 28jährigen Pat. war im Laufe von 7 Monaten eine Geschwulst im linken Hypochondrium allmählich ohne Schmerzen bis zu Kopfgröße herangewachsen. Erscheinungen von Seiten der Nieren fehlten vollkommen, der Allgemeinzustand war ausgezeichnet. Die mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose Pankreascyste vorgenommene Laparotomie ergab, dass es sich um eine abgeschlossene, mehrkammerige, mit tuberkulösem Eiter (400 ccm) gefüllte Pyonephrose handelte. Nephrektomie, Heilung. **Mohr** (Bielefeld).

43) **J. Bouglé.** Tuberculose rénale gauche; cystite tuberculeuse secondaire; néphrectomie. Résultat 28 mois après l'opération.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. T. XIX. Hft. 2.)

Der Fall betraf eine 31jährige Kranke mit schwerer linksseitiger Nierentuberkulose, sekundären tuberkulösen Blasenulcerationen und verdächtigen Lungenerscheinungen. Urin stark eiter- und bacillenhaltig. Nephrektomie. 28 Monate später hat sich die Kranke außerordentlich erholt, starke Gewichtszunahme. Geringe Albuminurie und Pollakiurie. **P. Wagner** (Leipzig).

44) **O. Simon.** Die Nierentuberkulose und ihre chirurgische Behandlung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 1.)

Habilitationsschrift.

Verf. giebt auf Grund von 35 Fällen der Czerny'schen Klinik einen Überblick über Pathologie und Therapie der Nierentuberkulose. In weitaus den meisten seiner Fälle hatte es sich um die käsig kavernöse Form (Israel) gehandelt, bei welcher der Process an der Markgrenze zu beginnen und mit Erkrankungen der Kapsel kombinirt zu sein pflegt. 9mal waren durch Durchbruch eines Nierenherdes perinephritische Abscesse entstanden; 13mal war der Harnleiter, 8mal die Blase tuberkulös erkrankt; eine Erkrankung der 2. Niere ließ sich nur 3mal, eine solche der Genitalien nur 2mal konstatiren.

Von operativen Eingriffen kam 22mal die Nephrotomie in Verwendung, die, wie Verf. ausdrücklich betont, stets mit einer Ableitung des Eiters und Urins zu verbinden ist; in 15 dieser Fälle musste sekundär die Nephrektomie ausgeführt werden. 4 Pat. starben an fortschreitender Tuberkulose; 2 wurden gebessert und nur ein einziger dauernd geheilt. Die Nephrektomie wurde 11mal primär, 16mal sekundär ausgeführt. Hiervon sind 11 Fälle = 43,7% völlig geheilt.

Die bezüglich der Behandlung gewonnenen Erfahrungen werden dahin zusammengefasst, dass die Nephrostomie nur als Palliativoperation, event. als Vorbereitung für sekundäre Nephrektomie zu betrachten ist. Die primäre Nephrektomie ist zwar das empfehlenswertheste Verfahren, doch wird oft die primäre Nephrostomie mit sekundärer Nephrektomie den Vorzug verdienen, da viele Pat. zunächst für den radikalen Eingriff zu schwach sind, da die Diagnose sich nicht immer mit Bestimmtheit stellen lässt, und da man sich auch nicht stets von Existenz und Funktionsfähigkeit der anderen Niere überzeugen kann.

Honsell (Tübingen).

45) **A. Meinel.** Ein Fall von unilokulärem Nierenechinococcus.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 10.)

Die außerordentlich bewegliche, für Hydronephrose einer linken Wanderniere gehaltene Geschwulst wurde durch Bauchschnitt mit der Niere entfernt und erwies sich als ein von der vorderen Fläche des unteren Nierenabschnittes ausgegangene unilokuläre Echinococcusblase mit fast wasserklarer Flüssigkeit; die Niere war vollkommen erhalten. Heilung. **Kramer** (Glogau).

46) **Busse.** Gesshwulstbildung in den großen Harnwegen.
(Virchow's Archiv Bd. CLXIV. p. 119.)

Im 1. Falle handelte es sich um einen 60jährigen Mann, der seit 20 Jahren an periodisch auftretender Hämaturie litt. Eine Geschwulst der rechten Niere, die sich als Hydronephrose erwies, wurde exstirpirt, und wie die Untersuchung nach der Sektion ergab, war dieselbe hervorgerufen durch eine ausgedehnte papillomatöse Geschwulstwucherung im Harnleiter. Auch im Nierenbecken und um die rechte Harnleitermündung fanden sich diese Zottengeschwülste.

Beim 2. ähnlichen Falle, einem Manne von 50 Jahren, der seit 7 Jahren an Blutharnen und Beschwerden in der linken Nierengegend litt, wurde ebenfalls eine Hydronephrose exstirpirt. Auch hier war im Nierenbecken und Harnleiter eine gutartige Zottengeschwulstbildung vorhanden, die den letzteren vollkommen verstopfte. Eine in der Blase vorgefundene, große, geschwürig zerfallene Geschwulst erwies sich als Carcinom, neben ihr fanden sich noch gutartige Zotten. Verf. nimmt an, dass die Geschwulst ursprünglich ein gutartiges Papillom gewesen sei, welches erst wenige Monate vor dem Tode krebsig entartete.

Fertig (Göttingen).

47) **Preindlsberger** (Sarajevo). Beitrag zur Nierenchirurgie.
(Wiener klin. Rundschau 1901. No. 11—13.)

Verf. berichtet kasuistisch über 2 interessante Nierenoperationen: 1) Über eine schwere Stichverletzung der Niere, die zur Nephrektomie führte, welche Heilung brachte; gleichzeitig bestand Stichverletzung der Lunge mit consecutiver Pneumonie. 2) Über einen Fall von Echinococcus in einer dislocirten Niere. Verf. führte zunächst die Nephropexie aus und entleerte dann den Cystensack, welcher dem unteren Nierenpole aufsaß. Die Heilung erfolgte per granulationem.

Alsdann bespricht Verf. die Bildungsanomalien der Niere, die er am Sektionsmateriale seines Krankenhauses beobachtete. Unter den Hufeisennieren dürfte diejenige allein besonderes Interesse beanspruchen, bei welcher die oberen, nicht wie gewöhnlich die unteren Pole durch eine Parenchymbrücke verbunden waren.

Schmieden (Bonn).

48) **C. D. Josephson.** Beiträge zur konservirenden Nierenchirurgie.
(Nord. med. Arkiv N. F. Bd. XI. Abth. 26. [Schwedisch.])

Die Arbeit enthält 4 kasuistische Mittheilungen nebst epikritischen Bemerkungen; der Hauptsache nach sind sie folgende:

1) Pyonephrose in einer ektopisch fixirten Niere. Nephrotomie. Heilung.

Eine 50jährige Frau, die seit 2 Monaten an Appetitlosigkeit und allgemeinem Kältegefühl gelitten hatte, zeigte bei der Untersuchung eine straußeneigroße, in der rechten Fossa iliaca fixirte, deutlich begrenzte Geschwulst, die vom Beckeneingange bis an die untere Brustwand reichte. Der Urin war normal, die Niere konnte aber an der gewöhnlichen Stelle nicht gefühlt werden. Der Umstand, dass der Harnleiterkatheter in gewöhnlicher Länge eingeführt werden konnte, ergab diagnostische Schwierigkeiten. Verf. machte zuerst einen Lendenschnitt; als aber keine Niere zu finden war, wurde das Bauchfell geöffnet und nun durch den Finger der obere Pol der Geschwulst getastet. Nach Vernähung der Lumbalwunde Schnitt ungefähr wie bei der Unterbindung der Art. iliaca. Durchtrennung des eitergefüllten dickwandigen Sackes und Vernähung der Schnittränder mit der Haut. Nach 7 Wochen konnte Pat. fast geheilt entlassen werden. Bei der doppelseitigen Katheterisirung der Harnleiter gab aber die rechte Niere keinen Urin. — Ein Jahr später war die rechte Niere beweglich, von normaler Form und Größe; sie konnte von der Fossa iliaca nach oben und innen verschoben werden. Der Urin war normal.

2) Blutungen aus einer rechtsseitigen Wanderniere. Probenephrotomie. Nephropexie. Heilung.

47jährige Frau, die seit 4 Monaten an Bluthamen gelitten hatte. Keine Cylinder, noch Tuberkelbacillen, keine Schmerzen, hochgradige Anämie; rechte Niere sehr beweglich, nicht vergrößert. Cystoskopisch sah Verf. eine normale Blasenschleimhaut und die linke Uretermündung; aus der rechten hing ein Blutcoagulum; bei Katheterisation der Harnleiter bekam Verf. aus dem linken normalen, aus dem rechten blutigen Urin. Nephrotomie. Große Lumbalincision und Sektionsschnitt; keine pathologischen Veränderungen, bestätigt durch spätere mikroskopische Untersuchung eines kleinen excidirten Stückes, tiefgreifende Katgutnähte und Fixation der Niere möglichst hoch oben. Heilung. Keine späteren Störungen.

3) Vergrößerte Wanderniere (interstitielle Nephritis). Pyelitis, durch Lapisinstillationen in das Nierenbecken geheilt. Schmerzanfälle mit Erbrechen und Anurie. Probenephrotomie. Nephropexie. Heilung.

37jährige Frau, die an einer postpuerperalen Cystopyelitis erkrankte und zuerst ohne scheinbare Besserung mit Höllensteineinträufelungen in die Blase, dann, als bei beiderseitiger Katheterisirung der Harnleiter eine dickflüssige, trübe, leukocytenhaltige Flüssigkeit aus dem rechten heraussickerte, in 6 Sitzungen mit 1/2 %igen Höllensteininstillationen behandelt wurde. Später stellten sich Schmerzen mit unstillbarem Erbrechen und Anurie ein, die jeder Behandlung trotzten. Es zeigte sich bei der Lumbalincision, dass die supponirte Hydronephrose nicht, wohl aber eine um 50% vergrößerte Drüse mit — mikroskopisch später bestätigter — interstitieller Nephritis vorlag. Heilung nach vorübergehender Fistelbildung. Relative Gesundheit mit etwas eiterhaltigem Urin und festsitzender, ein wenig geschwollener Niere.

4) In diesem Falle versuchte Verf. zuerst ein konservatives Verfahren, musste aber später die Niere extirpiren. Es handelte sich um eine 54jährige Frau, die eine Geschwulst von Apfelsinengröße am unteren Pole der rechten, beweglichen Niere hatte. Durch eine transperitoneale Operation konnte diese mit Konservirung der Niere enukleirt werden. Als aber die mikroskopische Untersuchung die Bösartigkeit der Geschwulst konstatirt hatte — sie gehörte in die Gruppe der Hypernephrome — und überdies eine Nierenbeckenfistel entstand, durch welche die ganze Menge des Harnes der operirten Niere sich entleerte, machte Verf. 2 Wochen später die Nephrektomie. Allmählich trat Heilung ein.

Verf. erinnert an 2 ähnliche Fälle, wo zuerst konservative Behandlung versucht, später aber totale Nierenexstirpation nothwendig wurde. Es war dies ein Fall Czerny's (Angiosarkom) und ein Fall John Berg's (Hypernephrom).

Hansson (Cimbrishamn).

49) **B. Rank.** Über einen Fall von geheilter Hydropyonephrose.

(Virchow's Archiv Bd. CLXIV. p. 22.)

Verf. hat eine hochgradig veränderte Niere eines an Apoplexie verstorbenen Mannes untersucht. Es handelte sich hierbei um eine Schrumpfniere, bei welcher neben arteriosklerotischen und entzündlichen Processen hauptsächlich eine Hydronephrose die Veränderungen bewirkt hatte. Die Hydronephrose hatte sich in eine Pyonephrose umgewandelt, und diese war durch Stillstand der Eiterung und Verkalkung der im Nierenbecken angestauten Eitermassen zur spontanen Heilung gelangt.

Fertig (Göttingen).

50) **A. Debrunner** (Frauenfeld). Berichte und Erfahrungen auf dem Gebiete der Gynäkologie.

Frauenfeld, **J. Huber**, 1901.

Verf. berichtet in der vorliegenden Mittheilung über seine gynäkologische und geburtshilfliche Thätigkeit (die geburtshilfliche Thätigkeit muss hier übergangen werden) vom Jahre 1888—1900.

Im Ganzen wurden 207 ventrale und vaginale Köliotomien ausgeführt mit 10 Todesfällen (4,9% Mortalität).

Die folgende Zusammenstellung giebt einen Überblick über die einzelnen Köliotomien.

Es wurden ausgeführt:	Fälle	Todesfälle
Ovariotomien	45	2
Ventrale Adnexoperationen	30	3
Ventrale Myomoperationen	16	1
Kastrationen bei Myomen	7	1
Kastrationen	3	0
Kombinirte Myomoperationen	3	0
Sectio caesarea	3	0
Ventrofixura uteri (nach Czerny)	25	0
Laparotomien bei Bauchfelltuberkulose	6	0
» bei Darmerkrankungen	7	0
» aus verschiedenen Ursachen	12	0
» bei Extra-uterin-Schwangerschaft	6	1
Vaginale Köliotomien bei gutartigen Erkrankungen (Prolaps, Adnextumoren etc.)	22	0
Vaginale Köliotomien bei bösartigen Erkrankungen	22	2

Bei allen anderen Operationen, wie Plastiken etc., sind keine Todesfälle vorgekommen.

Überall, wo einzelne Fälle besonderes Interesse verdienen, hat D. ausführlicheren Bericht in der Arbeit erstattet. Da die Kranken meist lange Zeit nach der stattgehabten Operation in Beobachtung des Verf. verblieben, gewinnen auch die Mittheilungen bezüglich der Dauererfolge, welche mit Ausnahme bei Cervix- und Portiocarcinomen meist gute sind, besonderes Interesse. Auf Einzelheiten der interessant geschriebenen Arbeit kann hier nicht eingegangen werden.

Neck (Chemnitz).

51) **Hartmann** (Graz). Zwei bemerkenswerthe Fälle von Erkrankung der Nerven aus dem Plexus sacro-lumbalis.

(Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 1900.)

Der eine Fall behandelt die Folgen eines Bajonettstiches durch das Foramen ischiadicum. Zur Sicherung der Diagnose hat Verf. am Leichenpräparate die Verletzung nachgeahnt. Es hat sich gezeigt, dass ein durch das Foramen eindringender Fremdkörper ohne Verletzung größerer Gefäße eine solche des Plexus sacralis setzen kann. Es war der Ischiadicus, der Obturatorius an der oberen Begrenzungsebene des kleinen Beckens und der Cruralis an der Linea innominata lädirt unter gleichzeitiger mechanischer Schädigung des Ileopsoas und Durchtrennung der Musculi glutaei und des Musculus pyriformis. Es handelte sich nach H. um eine direkte Verletzung, Quetschung, Blutung in die Nervenscheiden, Kompression und dadurch bedingte Neuritis jener Nerventrias.

Unaufgeklärt (vielleicht durch Lues bedingt) war die Ätiologie in dem 2. Falle, einer degenerativen Neuritis der Nervus cruralis, N. obturatorius und spermaticus externus. Die sehr eingehend geschilderten Symptome müssen im Originale nachgelesen werden.

P. Stolper (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 26. Sonnabend, den 29. Juni. 1901.

I.

Ein Versuch, die Behandlung der Pseudarthrose zu vereinfachen.

Von
F. Colley in Insterburg.

Im Herbste vorigen Jahres kam ein Mann in meine Behandlung mit einer Pseudarthrose beider Knochen in der Mitte des rechten Unterarmes. Die ursprüngliche Fraktur war lange Zeit hindurch in sachgemäßer Weise mit Kontentivverbänden behandelt worden, ohne zu konsolidiren. Da nach der Art der Entstehung im Anschlusse an ein geringfügiges Trauma der Verdacht auf maligne Neubildung vorliegen musste, machte ich durch eine Incision die Bruchstelle zugänglich, fand aber außer den typisch zugespitzten Fragmenten, die mit einander in gar keiner Berührung standen, keine pathologische Veränderung, eben so aber auch keine Andeutung von

Callus. Das von dem centralen Stücke der Ulna zur histologischen Untersuchung entnommene Material ergab lediglich narbiges Bindegewebe, keine Tumormasse.

Nach diesem leichten Eingriffe setzte ein schwerer Anfall von Delirium tremens potatorum ein, der die primäre Verheilung dieser völlig unkomplicirten Wunde wesentlich in Frage stellte, da der Rasende selbst einen über den Occlusivverband gelegten festen Gipsverband wiederholentlich zertrümmerte. Ich konnte mich desswegen nicht entschließen, die eingreifendere, länger dauernde Operation der Naht beider Knochen vorzunehmen. Trotzdem war die Beseitigung des Zustandes dringend erwünscht, weil der Mann, ein Kanalarbeiter, zur Erwerbung seines Unterhaltes lediglich auf die Arbeit seiner Hände angewiesen ist.

Gestützt auf die Ergebnisse der Arbeiten Arthur Barth's versuchte ich die Heilung anzubahnen durch Einführung von Knochenasche, und da ich von einer Incision absehen zu müssen glaubte, stellte ich mir aus fein pulverisirter, im Glühtopfe frisch gebrannter Knochenasche vom Femur des Rindes in Verbindung mit Mucilago Gummi arabici und destillirtem Wasser einen auskochbaren, dünnflüssigen Brei her, der die weite Kanüle einer großen Pravaz'schen Spritze mit einiger Mühe passirte. Von dieser Masse injicirte ich ohne Narkose von 4 Wochen zu 4 Wochen je 10 ccm an die Fragmentenden hin — und zwar mit positivem Erfolge. Jetzt nach der sechsten Einspritzung sind Ulna und Radius fest konsolidirt.

Ich will nicht unterlassen hinzuzufügen, dass der Pat., ein kräftiger, untersetzter Mann von 23 Jahren, sich im Übrigen einer robusten Gesundheit erfreut, dass er sich durchaus nicht im Zustande der Osteopsathyrosis befindet.

Eine eingehende Publikation mit Veröffentlichung von Röntgenbildern und histologischen Untersuchungen behalte ich mir vor bis zur Beendigung einer begonnenen Serie von Thierversuchen, welche mir auch darüber Aufklärung bringen sollen, ob die beschriebene Wirkung auf die fehlende Callusbildung lediglich der Knochenasche zukommt, oder ob auch andere irritirende Körper in sterilisirtem Zustande das Gleiche zu Stande bringen können.

II.

(Aus Prof. Wölfler's chirurgischer Universitätsklinik in Prag.)

Zur Technik der Phimosenoperation.

Von

Priv.-Docenten Dr. **Hermann Schloffer,**

Assistenten der Klinik.

Die gebräuchlichen Methoden der Phimosenoperation, die Circumcision und die Dorsalincision (Roser), haben gegen sich, dass die



erstere in gewissem Sinne verstümmelt, die letztere vom kosmetischen Standpunkte aus in Folge des Herabhängens der bekannten zwei seitlichen Vorhautlappen oft nicht befriedigt. Zahlreiche Modifikationen (Emmert, Nussbaum, Le Fort, Trnka, Kirmisson, Rebreyend u. A.) zeigen das immer wiederkehrende Bestreben, die Methoden zu verbessern.

Ich habe in den letzten Jahren mit kosmetisch und funktionell gutem Erfolge die Phimosenoperation in unkomplicirten Fällen häufig folgendermaßen ausgeführt: Zunächst wird die Penishaut gegen die Peniswurzel hin gut angespannt, dann die Durchtrennung des äußeren Blattes in schräger Richtung vorgenommen[1] (Fig. 1 *ab* und Fig. 5 *b*).

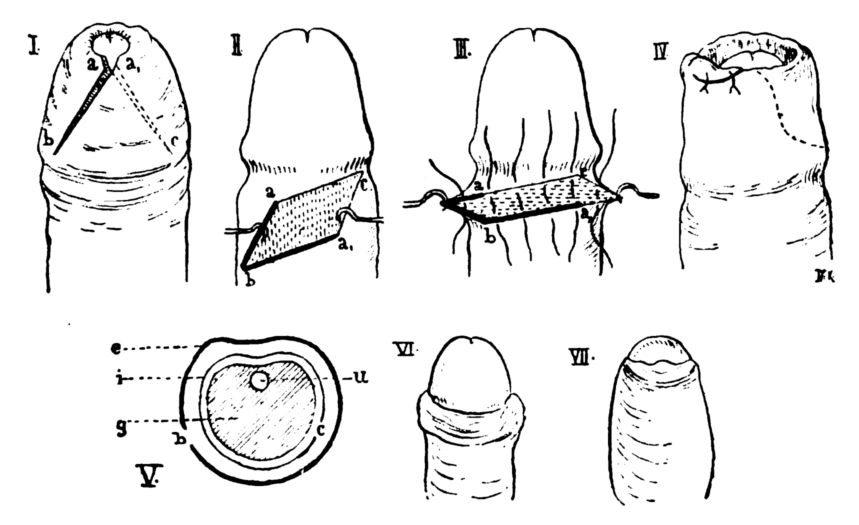


Fig. 1. *ab* Schnitt durch das äußere Präputialblatt, *ac* Schnitt durch das innere Präputialblatt.

Fig. 2 (theoretisch konstruirt). Position der Wundränder nach Ausführung der Schnitte *ab* und *ac* bei zurückgezogenem Präputium. Die dick ausgezogenen Linien *ab* und *ba* sind die Wundränder des äußeren, die fein gezogenen Linien *ac* und *ca*, die des inneren Vorhautblattes.

Fig. 3. Dasselbe mit Berücksichtigung der in praxi erfolgenden Verschiebung der Wundränder beider Blätter an einander.

Fig. 4 zeigt den Verlauf der Nahtlinie bei reponirter Vorhaut; die punktirte Linie stellt die Nahtlinie am nunmehrigen inneren Blatte dar.

Fig. 5. Querschnitt durch den Penis im Stadium der Fig. 1 in der Höhe der Buchstaben *b* und *c* auf Fig 1. *g* Glans resp. Penisschaft, *u* Urethra, *e* äußeres, *i* inneres Vorhautblatt, *b* Wundspalt im äußeren, *c* im inneren Blatte.

Fig. 6 und 7 siehe Text.

Hernach folgt die Durchtrennung des inneren Blattes schräg nach der anderen Seite hin (Fig. 1, *a c* und Fig. 5, *c*); sie gelingt, sobald nur der Phimosenring bei *a* durchtrennt ist, leicht mit der Schere unter entsprechendem Abziehen des äußeren Blattes oder,

[1] Bei Erwachsenen lokale Cocainanästhesie.

indem man einfach unter immer weiterem Zurückziehen des Präputiums über die Glans den Schnitt *a b* geradlinig nach rechts bis an den Sulcus coronarius verlängert. (Man kann übrigens die Schnitte *a b* und *a c* zweckmäßig noch schräger stellen, als dies die Fig. 1 bis 5 zeigen, so dass dann die Punkte *b* und *c* an die lateralen oder gar ventralen Partien des Penis zu liegen kommen. Zu Beginn der Operation ist es auch vortheilhaft, zunächst den Phimosenring ein paar Millimeter weit sagittal zu incidiren und dann erst die Schrägschnitte anzufügen.)

Theoretisch sollte nun bei zurückgezogenem Präputium ein Zustand vorliegen, wie ihn Fig. 2 darstellt. Aber in Folge der großen Verschieblichkeit der beiden Präputialblätter gegen einander, die man durch Unterminirung der Wundränder mit dem Messer oder durch ein paar Scherenschläge noch vermehrt, legt sich in praxi der schräge Wundspalt sofort hinter dem Sulcus coronarius quer in der Gestalt eines verzogenen Rhombus (Fig. 3). Gewebsstränge, die sich dabei in der Wunde hinter dem Sulcus coronarius quer anspannen, müssen bis auf die Albuginea durchtrennt werden. Man findet nun leicht heraus, in welcher Richtung man die Wundränder zu vereinigen hat, um eine möglichst ausgiebige Erweiterung der Vorhautöffnung zu erzielen. Bei größerer Starre des inneren Blattes können vorher noch ein oder mehrere Einkerbungen an dessen unelastischem Wundrande *a c* wünschenswerth sein (bei Kindern fast nie nöthig); die Weichheit des äußeren Blattes gestattet nachher trotzdem eine exakte Adaptirung der Wundränder durch die Naht.

Nach der Naht ist das Präputium an der Vorderseite der Glans ein wenig verkürzt, aber es genügt daselbst doch auch zur Bedeckung der Glans — die Phimose ist beseitigt, die Erweiterung ist eine vollkommen genügende. Fig. 4 illustrirt dabei die Position der Nahtlinie. Dass ein Theil der Nähte im Präputialsacke verborgen bleibt, erschien mir bei der Nachbehandlung eher ein Vortheil der Methode als ein Nachtheil.

Auch das spätere funktionelle und kosmetische Resultat ist ein sehr günstiges. Der Bürzel bei *x* (Fig. 4) verschwindet schon während der Wundheilung. Fig. 6 u. 7 illustriren den Effekt der Operation bei einem 5jährigen Knaben $^3/_4$ Jahr nach derselben; die Vorhautöffnung war in diesem Falle nur für eine dünne Sonde durchgängig gewesen.

Ein Wiedereintreten der Verengerung nach der Operation ist wohl nicht zu befürchten. Ich habe einige Fälle über ein Jahr nach der Operation mit unverändert weiter Vorhautöffnung wiedergesehen.

Da diese Operationsmethode auf der Verschieblichkeit beider Präputialblätter gegen einander und der Dehnbarkeit des äußeren Blattes beruht, ist sie natürlich unausführbar, wo diese Eigenschaften in Folge vorausgegangener Erkrankungen verloren gegangen sind. Selbstverständlich verbietet sie sich auch in jenen Fällen, bei denen die breite Freilegung der Eicheloberfläche aus kurativen Gründen nöthig erscheint.

1) A. Studenski. Zur Frage der Immunität. Mechanismus der Gewöhnung des Bacillus pyocyaneus an Natrium salicylicum.

(Botkin's Balnitschnaja gaseta 1901. No. 9.)

Ausgehend von der bekannten Thatsache, dass es bei vielen Mikroorganismen gelingt, durch allmählich gesteigerten Zusatz eines antiseptischen Mittels zum Nährboden eine Gewöhnung an dieses Mittel zu erzielen, stellte S. Versuche an mit dem Bacillus pyocyaneus einerseits und Natrium salicylicum andererseits. Er erhielt auf diese Weise Kulturen, welche sich noch in 5% Natrium salicylicum enthaltender Bouillon entwickelten, während nicht gewöhnte Kulturen in 2,3% enthaltender Bouillon schnell zu Grunde gehen. Der Mechanismus dieser Gewöhnung besteht nicht darin, dass das Natrium salicylicum zerlegt wird, wie quantitative Analysen der Bouillon vor dem Einsetzen und nach längerem Verweilen einer gewöhnten Kultur in derselben bewiesen, auch nicht darin, dass die toxische Wirkung des Antisepticums paralysirt wird; denn Bouillon, in welcher alte gewöhnte Kulturen längere Zeit verweilten, hemmt nach Filtration deutlich die Entwicklung nicht gewöhnter Kulturen. Erhitzt man diese filtrirte Bouillon 15 Minuten auf 96° C. und filtrirt nochmals, so zeigt das Filtrat volle antiseptische Wirkung. Hieraus zieht Verf. den Schluss, dass bei der Gewöhnung des Bacillus pyocyaneus an Natrium salicylicum »Anti-Körper« entstehen, welche die Immunität des Mikroorganismus bedingen. Die Frage, welcher Natur diese Körper sind, ob Ausscheidungsprodukte oder Veränderungen des Körpers des Bacillus, bleibt späteren Untersuchungen vorbehalten.

P. Rathcke (Berlin).

---

2) Landerer. Der gegenwärtige Stand der Hetol- (Zimmtsäure-) behandlung der Tuberkulose.

(Berliner Klinik 1901. März.)

Im Wesentlichen eine Zusammenfassung von Verf.'s größerem Werke: »Die Behandlung der Tuberkulose mit Zimmtsäure,« wesshalb auf das Referat über dieses Werk im Centralblatt für Chirurgie 1899 p. 696 verwiesen werden mag. L. ist auch seither mit den Erfolgen zufrieden und empfiehlt die Methode angelegentlichst bei allen unkomplicirten und nicht zu weit vorgeschrittenen Tuberkulosen.

F. Brunner (Zürich).

---

3) N. Saltykoff. Versuche über mit Wachs überzogene Seidenfäden.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 201.)

Bericht über von Kocher angeregte und von S. im Berner Institute für Infektionskrankheiten ausgeführte bakteriologische Versuche in vitro und in vivo (Meerschweinchen) nach einfachen Methoden, deren Details wohl kaum allgemeineres Interesse haben.

Resultate:

1) »Bakterien an der Oberfläche von Seidenfäden dringen durch eine Wachsschicht durch.

2) Desinficientien dringen durch eine Wachsschicht nicht durch«.

»Folgerung: die Anwendung von gewächsten Fäden bei der Wundnaht hat keine Vortheile (Durchlässigkeit für Bakterien) und bringt event. Nachtheile (Undurchlässigkeit für Desinficientien).«

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

4) **A. Malherbe.** De l'anesthésie au bromure d'éthyle dans la position de Rose pour les petites opérations pratiquées sur les voies respiratoires supérieures.

(Revue hebdom. de laryngologie, d'otologie et de rhinologie 1900. No. 26.)

Verf. erörtert zunächst allgemein die Nothwendigkeit, bei Eingriffen in besonders schmerzhaften Organen zu anästhesiren; er erwähnt die bekannten Nachtheile des Cocains und geht auf die Unzuträglichkeiten, die Äther und Chloroform bei Eingriffen in diesen Gegenden bieten, ein. All' dies lasse sich vermeiden, wenn man am hängenden Kopfe mit Bromäthyl narkotisire. Verf. schildert genau, wie er bei der Narkose mit Bromäthyl verfährt.

F. Alexander (Straßburg i/E.).

---

5) **H. Mohr.** Schussverletzungen durch kleinkalibrige Gewehre, speciell nach den Erfahrungen der letzten Feldzüge.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 1 u. 2.)

Verf. stellt fest, dass die Vervollkommnung unserer Schusswaffen, die Einführung der kleinkalibrigen Gewehre bis 6,5 mm herab, nicht die verheerende Wirkung gebracht habe, die man von vorn herein erwartet hätte, sondern dass man gerade in den Feldzügen des letzten Jahrzehnts allenthalben konstatirt habe, dass die Verwundungen humaner geworden seien und dass man geradezu an der Grenze des Erlaubten hierbei stehe, da diese Geschosse den Gegner vielfach gar nicht kampfunfähig machten, mindestens ihn nicht auf lange Dauer von der Truppe zurückhielten.

Von den einzelnen wichtigen Punkten, die Verf. beschreibt, seien erwähnt die Auseinandersetzungen über die Geschosswirkungen, in welchen die Ansichten über die Sprengwirkung, der Einfluss von Fern- und Nahschüssen, das Verhältnis der Einschuss- und Ausschussöffnung näher behandelt sind. Interessant ist es, dass unter dem Einflusse der kleinkalibrigen Gewehre einerseits die momentanen Verluste auf dem Schlachtfelde gestiegen sind, andererseits der Procentsatz derer, welche sich von ihren Verwundungen erholen und wieder arbeitsfähig werden, ebenfalls in die Höhe gegangen ist. Dieser theoretisch vorauszusehende Erfolg hat sich z. B. im Burenkriege schon bestätigt. Die Fernschüsse scheinen wenigstens nach Küttner's Berichten für Weichtheilverletzungen ungefährlicher zu

sein wie die Nahschüsse, die auch größere Ausschussöffnungen besitzen, während oft bei Fernschüssen die beiden Öffnungen gar nicht von einander unterscheidbar sind. Allgemein wird bestätigt, dass die Verletzungen der Weichtheile nicht schmerzhaft sind und es auch nicht werden; in Folge dessen auch Chokwirkung selten ist. Störungen der Sensibilität und der Funktion wurden oft ohne makroskopisch nachweisbare Veränderungen an den Nerven wahrgenommen. Man erklärt dies mit einem Nervenchok und glaubt, dass die Nerven den modernen Geschossen nicht so ausweichen können, wie dies für die älteren angenommen wurde.

Nach den experimentellen Versuchen, die man über Wundinfektion gemacht hat, waren Schusswunden theoretisch als meist primär inficirt anzusehen. Indessen geht die allgemeine Kriegserfahrung der letzten Feldzüge dahin, dass primäre Infektion selten ist. Für diesen günstigen Verlauf der Wunden und die Vermeidung sekundärer Infektion ziehen erfahrene Kriegschirurgen nicht bloß die Asepsis und Antisepsis als Ursache heran, sondern auch klimatische Verhältnisse, den Allgemeinzustand der Soldaten, die bessere Verpflegung, die geringere Überfüllung der Lazarette und Inanspruchnahme der Ärzte. Auch die starke Hitze und Sonnenbestrahlung soll z. B. im abessynischen Feldzuge günstig mitgewirkt haben. Andererseits findet aber auch die frühzeitige antiseptische Behandlung von anderen Autoren eine durchaus enthusiastische Würdigung, und es bleibt wohl der alte Satz bestehen, dass der erste Verband über das Schicksal der Verwundeten entscheidet.

Wundinfektionskrankheiten und Infektion spielten in den letzten Kriegen eine geringere Rolle wie in früheren. Ein Vergleich zeigt, dass die einzelnen Ärzte bezüglich der Wundbehandlung auch in den letzten Feldzügen keineswegs einheitlich verfuhren. Einige verwerfen jede Desinfektion der frischen Wunden, Andere üben sie weitgehend aus. Haga kratzte principiell jeden Wundkanal aus. Auch über die Anwendung der Drainage besteht noch keine Einigkeit. Da die Resultate allgemein gute waren, ist die Lektüre gerade dieses Kapitels recht interessant. Operationen wurden nach M.'s Ansicht seltener nothwendig wie früher; nur bei Schädelschüssen wurde häufiger operirt. Auch die Entfernung der Geschosse spielte eine geringere Rolle.

Die Brustschüsse verliefen meist günstig; natürlich können rasche Verblutungsfälle dabei auftreten, besonders bei Zerreißung der Hilusgegend. Im Ganzen aber sind Hämoptoë und ausgedehnter Pneumothorax selten gewesen. Bei den Japanern wurde die Hälfte der an penetrirenden Brustschüssen Behandelten im Laufe des Feldzuges wieder dienstfähig. Jede aktivere Behandlung dieser Schüsse ist im Allgemeinen von vorn herein zu vermeiden.

Eine ausgedehnte Besprechung von Seiten des Verf. finden auch die Bauchschüsse, welche ja von jeher ein ganz besonderes Interesse erregt haben, und bei denen die Erfahrungen in den Kriegen der

letzten Jahre so außerordentlich frappirend waren, in so fern man eine größere Zahl bei exspektativer Behandlung heilen sah, als es nach den bisherigen Friedenserfahrungen und statistischen Ergebnissen früherer Kriege wahrscheinlich erschien. Indessen trennt Verf. mit Recht, wie dies jüngst auch von Petersen geschehen ist, die Indikationen der Kriegsbehandlung von jenen der Friedenstherapie. Im Felde zwingen eben äußere Verhältnisse zu mehr exspektativem Verfahren, vor Allem das Übermaß an ärztlicher Arbeit nach Schlachten, die Unmöglichkeit, langdauernde Operationen vorzunehmen, u. A. m. Aber schließlich ist es nach M.'s Ansicht doch auch nicht so absolut sicher, dass nicht vorläufig unberechenbare Beobachtungsfehler den Werth der einschlägigen Statistik beeinträchtigen. Eine große Menge rasch an Peritonitis Gestorbener möge so z. B. gar nicht in die Beobachtung der Berichterstatter gelangt sein.

Sehr schwierig ist es, aus dem vorhandenen Materiale an Knochenschüssen vergleichende Schlüsse zu ziehen. Gegenüber den Schießversuchen v. Coler's muss man indessen nach der gewonnenen Erfahrung annehmen, dass die Splitterung der Knochen keine so starke und häufige ist, als nach diesen Experimenten zu erwarten war. Die Sprengwirkung und Splitterung durch Schüsse aus den kleinkalibrigen Gewehren hört jedenfalls schon bei einer Entfernung auf, welche weit geringer ist als 2000 m. Treves nimmt sogar an, dass dieselbe bei Schüssen über 500 m nicht mehr eintrete. M. hält diese Zahl aber für zu niedrig gegriffen. Was ferner über Aus- und Einschussöffnung, Unterschied zwischen Epiphysen- und Diaphysenschüssen und über sonstige Komplikationen bei Knochenschüssen gesagt ist, möge, weil zu ausgedehnt zum Referiren, im Originale nachgelesen werden.

Besonders hervorgehoben sei noch das interessante und lehrreiche Kapitel über Schädelschüsse. Von den Verwundeten mit Schädelschüssen starben 1870 noch 78%, für die letzten Kriege soll die Zahl wesentlich niedriger sein. Beim modernen Geschosse kommen kaum noch Knochenverletzungen am Schädel ohne gleichzeitige Gehirnverletzung vor. Streifschüsse und Tangentialschüsse verursachen häufig Schädeldepressionsfrakturen. Treves empfiehlt für alle Streifschüsse die Trepanation wegen der ausgedehnten Splitterung der Tabula interna. Indessen können nur oberflächliche Knochensplitter entfernt werden, nicht die oft tief in der Gehirnsubstanz sitzenden. Darum hält Verf. die sofortige Operation auch nur bei Streifschüssen und Rinnenschüssen für berechtigt, nicht aber, wie manche Kriegschirurgen wollen, bei allen Schussverletzungen des Schädels, bei denen M. die von v. Bergmann aufgestellten Indikationen gelten lässt.

Die Arbeit, welche ein sehr großes Material aus der Litteratur zusammenbringt und die Erfahrungen der letzten Kriege vergleichsweise neben einander stellt, ist gerade durch die sorgsame Verwerthung aller Einzelergebnisse der letzten Jahre besonders werthvoll und der Lektüre zu empfehlen. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

6) **M. Ziehe** und **T. Axenfeld.** Sympathicusresektion beim Glaukom.

(Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde Bd. IV. Hft. 1 u. 2.)

A. hat bei 5 glaukomatösen Augen die Resektion des oberen Ganglion des Halssympathicus ausführen lassen. Die Operation wurde von Prof. Garrè in folgender Weise vorgenommen: »10 cm langer Hautschnitt am hinteren Rande des M. sterno-cleido-mast. am Proc. mast. beginnend; stumpfes Vordringen auf die Vorderfläche der Halswirbel in der Art, dass der Operateur sich dicht an die Nerven des Plexus cervic. hält. Bei nur leicht seitlich gedrehtem Kopfe und nicht zu stark lordosirter Halswirbelsäule kommt direkt die Vena jugularis zum Vorschein. Diese wird mit stumpfen Haken nach vorn geschoben, man erblickt den N. vagus und nach hinten von diesem an der hinteren Carotiswand den dünneren grauweißen Grenzstrang, erkennbar an seiner kolbigen Anschwellung und an den abgehenden Ästchen. Derselbe wird mit einem Schielhäkchen leicht nach außen gezogen und nun gegen oben zu aus dem lockeren Zellgewebe mit der Hohlsonde herauspräparirt. Es wird mit dem Ganglion noch ein etwa 3 cm langes Stück des N. sympathicus resecirt.«

Die Analyse ihrer Fälle, so wie von 50 aus der Litteratur gesammelten, kurz referirten Fällen führt Verff. zu folgenden Schlüssen:

1) Die Exstirpation des Ganglion cervicale supremum ist ein ungefährlicher Eingriff. Bei 74 Operationen ist nur 1 Todesfall zu verzeichnen. Gelegentlich sich anschließende leichte Paresen der oberen Extremitäten und Schluckbeschwerden haben sich stets wieder ausgeglichen.

2) Der Erfolg der Resektion ist sehr verschieden; man kann in keiner Weise vorher sicher darauf rechnen, dass die Sympathicusexstirpation in jedem Falle bessernd wirkt. Dass sie direkt schadet, lässt sich bisher nicht sicher behaupten. Wohl aber kann jeder Heilerfolg ausbleiben. Doch ist es nach dem bis jetzt vorliegenden Material zweifellos, dass ein Theil der glaukomkranken Augen für viele Monate gebessert werden kann, in anderen scheint ein Stillstand einzutreten.

3) Die Resektion soll beim Glaucoma chronicum und simplex und erst recht beim Glaucoma acutum die Iridektomie nicht verdrängen oder ersetzen. Die Iridektomie ist vielmehr zuerst am Platze.

4) Ob die Sympathicusexstirpation dem Glaukom vorzubeugen vermag, lässt sich noch nicht sicher beurtheilen.

5) Das Gesammtergebnis ist, »dass in allen den Fällen von Glaukom, wo unsere bisherige Therapie nicht ausreicht, die Exstirpation des Halssympathicus ein gerechtfertigter und empfehlenswerther Versuch ist, wenn auch von ihr keineswegs stets Hilfe zu erwarten ist«.

F. Brunner (Zürich).

---

7) J. Valenzuela (Santiago de Chile). **Resultads del tratamiento por la movilizacion i el masaje en 61 casos de fracturas.**

(Progreso méd. 1901.)

Alle Frakturpatienten werden etwa 2mal wöchentlich auf den Operationstisch gelegt, nachdem die leichte Gipsschiene, die für gewöhnlich als Fixationsmittel gebraucht wird, entfernt ist, gewaschen, massirt und die Gelenke ausgiebig bewegt. 61 in den letzten Jahren mit frühzeitiger Bewegung und Massage behandelte Fälle sind in einer übersichtlichen Tabelle zusammengestellt. Daraus soll sich eine meist um einige Tage kürzere Heilungszeit ergeben im Vergleiche zur Heilungszeit bei strengerer Immobilisation (nach Tabellen über die Heilungsdauer bei Frakturen nach Eulenburg). Bei Brüchen mit starker Neigung der Bruchenden zur Dislokation ist die Methode nur mit großer Vorsicht zu verwenden. Über deforme Heilungen oder Verkürzungen finden sich keinerlei Angaben.

G. Meyer (Gotha).

---

8) Loewenthal. Über schief geheilte Knochenbrüche in gerichtlich-medicinischer Beziehung.

(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1901. No. 5 u. 6.)

Verf. bespricht in ausführlicher Weise alle die Möglichkeiten, wodurch eine Schiefheilung von Knochenbrüchen hervorgerufen werden kann, sei es dass dieselbe durch die besondere Beschaffenheit des Knochenbruches an sich, oder durch ungeeignetes Verhalten der Pat. während der Behandlung, oder durch fehlerhafte Behandlung seitens des Arztes bedingt ist. In eingehender Weise geht er auf die Folgen der schiefgeheilten Knochenbrüche ein, die er im Anschlusse an die betreffenden Paragraphen des deutschen Strafgesetzbuches im Einzelnen erörtert, wobei er aufs nachdrücklichste die Schwierigkeit betont, welche dem Gerichtsarzte bei der sachverständigen Beurtheilung solcher schiefgeheilter Knochenbrüche und deren Folgen erwachsen.

Es empfiehlt sich, die Arbeit im Originale zu studiren.

Motz (Heddersdorf).

---

9) C. Beck (New York). Über deform geheilte Frakturen und ihre Behandlung.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 17.)

Wenn auch deform geheilte Knochenbrüche nicht immer Funktionsstörungen veranlassen, während solche selbst bei ohne Deformität erfolgter Konsolidation eintreten können, so sind doch bei ersteren die zurückgebliebenen krüppelhaften Stellungen und Verkürzungen oft so störend, dass ihre Beseitigung wünschenswerth und nothwendig erscheint. Über die in derartigen Fällen erforderlichen Maßnahmen giebt das Röntgenbild am besten Aufschluss, das

die Lage und Richtung der Fragmente erkennen lässt und zeigt, ob die unblutige Refrakturirung noch zweckmäßig und von Erfolg sein oder eine blutige Osteotomie allein nützen würde. B. theilt eine Reihe derartiger Fälle, welche durch gut gelungene Skiagramme illustrirt werden, mit und bestätigt andererseits, wie wichtig es ist, neben dem Röntgenbilde den größten Werth auf die klinischen Symptome zu legen. **Kramer** (Glogau).

---

10) **E. Kneik.** Über die Funktionserfolge der Sehnenüberpflanzungen bei paralytischen Deformitäten, insbesondere nach der spinalen Kinderlähmung. (Aus dem chirurg.-poliklinischen Institute der Universität Leipzig. Prof. Dr. Friedrich.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 7.)

In dem chirurgisch-poliklinischen Institute der Universität Leipzig sind bisher 16 Sehnenüberpflanzungen — 7 wegen Pes varo-equinus paralyt., je 1 wegen Pes valgus paralyt., Pes valgo-calcan. paralyt., Pes varo-equinus spastica, Pes varo-equinus congenitus, 3 wegen Pes valgo-equinus spast., 1 wegen Quadricepslähmung und 1 am Arme wegen einer hochgradigen spinalen Lähmung — mit bestem Erfolge ausgeführt worden. Zur Anwendung kamen die Einpflanzung paralytischer Muskeln in funktionirende (»intrafunktionelle Implantation«) und die Fixation funktionirender Muskeln an gelähmte (»intraparalytische«), wo nothwendig in Verbindung mit Sehnenverlängerung oder -verkürzung. Auch in dem genannten Institute wurde in den Fällen von spastischen Lähmungen und spastischer Gliederstarre die Beobachtung bestätigt, dass nach erfolgter Wundheilung nach der Operation der Krampfzustand in den betreffenden Muskeln nahezu geschwunden war. Was die Indikation der erwähnten Operationen anlangt, so wurde, so lange noch Spuren von spontaner Besserung zu bemerken waren, auf ein operatives Eingreifen verzichtet, dagegen wenn ein Stillstand der Besserung $^1/_2$—1 Jahr beobachtet oder eine Verschlimmerung durch rasche Zunahme der Deformität eingetreten war, zur Operation geschritten, der eine genaue Voruntersuchung durch einen Nervenspecialarzt vorausgeschickt wurde.

Kramer (Glogau).

---

11) **P. Duval** und **G. Guillain.** Sur le mécanisme de production des paralysies radiculaires traumatiques du plexus brachial.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900. No. 55.)

Die beiden Autoren weisen auf Grund von Leichenversuchen an Neugeborenen und Erwachsenen die bisherigen Erklärungsversuche über den Entstehungsmodus der fraglichen Lähmungen (Kompression des Plexus zwischen Schlüsselbein und 1. Rippe oder zwischen Schlüsselbein und den Querfortsätzen des 5. und 6. Halswirbels) zurück und sehen ihren Grund allein in der Dehnung der

Nervenwurzeln. Aus ihrer Begründung sei hervorgehoben, dass bei maximaler Erhebung des Armes der konvexe Theil des hinteren Schlüsselbeinrandes gegen die latero- und retrovertebralen (? Ref.) Muskeln stößt und dass der Nervenplexus hinter den konkaven Theil des Schlüsselbeines zu liegen kommt. Auf diese Weise entgeht er dem Drucke, sei es gegen die 1. Rippe oder gegen die Querfortsätze. Der sich für dieses Thema Interessirende sei auf die deutschen Arbeiten von Büdinger, Kron und Gaupp (Centralblatt für Chirurgie 1894 p. 793) verwiesen. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

12) **Legueu.** Des luxations irréductibles de l'épaule.
(L'indépendance méd. 1901. No. 15.)

Verf. bespricht im Anschlusse an einige von ihm beobachtete Fälle Ursachen und Einrenkungshindernisse der irreponiblen Schulterverrenkung. In Fällen, welche älter als 2 Monate sind, verwirft er die Kocher'sche Methode, da die einwirkende Gewalt in solchen Fällen eine äußerst brutale, oft von schlimmen Komplikationen gefolgte sein müsse, und selbst nach gelungener Einrenkung das funktionelle Endresultat in Folge der vorgeschrittenen Veränderungen am Gelenke und seiner Umgebung kein gutes sein könne. Den Hennequin'schen Apparat mit einem Zuge von 80—90 kg wendete Verf. in 2 Fällen ohne Erfolg an; eine weitere Steigerung ist gefährlich (Frakturen, Muskel-, Nerven-, Gefäßzerreißungen). Von den blutigen Methoden hält L. das von Neudorfer, Severeanu und Duplay ausgeübte Verfahren für das beste: vorderer, senkrechter, vom Akromio-Claviculargelenk ausgehender Schnitt, rechtwinklig dazu ein zweiter, vom Akromion ausgehend und entlang den äußeren Schlüsselbeinrand verlaufend, Herunterklappen des so gebildeten Lappens, Eröffnung des Akromio-Claviculargelenks, Durchsägung des Akromions im Bereiche seines Halses, Herunterklappen des Deltoideus. Hierauf liegt das Gelenk vollkommen frei.

In einem so operirten Falle fand L. den Kopf unter dem Rabenschnabelfortsatz zwischen den von ihm ausgehenden Muskeln eingezwängt. Er konnte erst nach Durchschneidung des Fortsatzes frei gemacht werden. Das Repositionshindernis bestand in einer partiellen Fraktur des anatomischen Halses mit Einkeilung auf dem vorderen Rande der Gelenkpfanne, welche deformirt war. Resektion im anatomischen Halse, Abrundung des Resektionsstumpfes, Drainage des Gelenkes; glatte Heilung, bisher gutes funktionelles Resultat.

Mohr (Bielefeld).

13) **F. Fraenkel.** Über die Verletzung der Vena femoralis communis am Poupart'schen Bande und deren Behandlung.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 1.)

Auf Grund eigener Beobachtungen und unter eingehender Berücksichtigung der Litteratur kommt Verf. zu dem Schlusse, dass bei Verletzungen dicht unterhalb des Lig. Pouparti auch ohne Bestehen

einer nennenswerthen Blutung die operative Freilegung der Wundverhältnisse geboten ist, sobald die anatomische Lage für eine Verletzung der großen Gefäßstämme spricht. Bei Verletzung der Vena femoralis communis ist eine Versorgung der Gefäßwunde mit Erhaltung der Lichtung anzustreben, und zwar am besten durch die Naht, bei gequetschten Wundrändern durch seitliche Abklemmung; beide Methoden sind aber nur bei voraussichtlich aseptischem Wundverlaufe am Platze. Wo Versorgung der Venenwunde mit Erhaltung der Lichtung nicht möglich ist, kommt ausschließlich die doppelte Unterbindung in Betracht. Hierbei wird die baldige Ausbildung von Kollateralbahnen am ehesten gefördert durch Beseitigung von Blutextravasaten in der Umgebung der Vene, Stärkung der Herzthätigkeit und Begünstigung des venösen Abflusses (beträchtliche Hochstellung des Bettfußendes). **Honsell** (Tübingen).

---

14) **Schlesinger.** Beitrag zur Technik der Lorenz'schen Reposition der kongenitalen Hüftgelenksluxationen. (Aus der orthopädischen Heilanstalt des Dr. Schanz in Dresden.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 12.)

Zur Vermeidung der bei der Lorenz'schen Einrenkungsmethode in Folge des erheblichen Kraftaufwandes gelegentlich vorkommenden Nebenverletzungen verfährt Schanz folgendermaßen: Nach Misslingen des ersten, ohne allzugroße Anstrengung gemachten Repositionsversuches wird das Gelenk in Einrenkungsstellung für 3 bis 4 Tage durch einen Gipsverband fixirt, letzterer sodann wieder entfernt und der Einrenkungsversuch wiederholt, der dann meist mit Leichtigkeit gelingt; im Falle abermaligen Missglückens der Reposition wird in gleicher Weise, wie vorher, verfahren. Die Wirkung dieser Verbände dürfte nach S. darin bestehen, dass in ihnen die Kapsel gedehnt wird. **Kramer** (Glogau).

---

15) **C. Ghillies.** Über die unblutige Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung in Bezug auf die Deformität des Femurs.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 14.)

Unter Hinweis auf seine frühere Mittheilung über die von ihm modificirte, der Stellung des Schenkelkopfes angepasste Reduktionsmethode (s. Ref. 1898 in diesen Centralblatt) ist G. jetzt in der Lage, über die Resultate der Behandlung, welche er in über 100 Fällen angewandt, sich wesentlich befriedigter äußern zu können, als er es früher gethan hatte. Allerdings giebt er keinen genaueren Bericht über sein Material, sondern führt nur einen vor 3 Jahren operirten Fall vor, der einen vorzüglichen Gang zeige, um damit zu beweisen, »dass man wirklich sehr gute Resultate erhalten könne«.

Kramer (Glogau).



16. **W. Friedländer.** Die habituelle Luxation der Patella.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 2.)

Verf. beschreibt 2 Fälle von habitueller Kniescheibenverrenkung aus der chirurgisch-orthopädischen Klinik von Joachimsthal. Die interessanten Krankengeschichten sind sehr ausführlich und mit allen wissenswerthen Details beschrieben. In dem 1. Falle handelte es sich wahrscheinlich um eine angeborene Verrenkung, die Mangels jeder Behandlung habituell geworden war. Betroffen war hier nur die linke Seite im Gegensatze zu dem 2. Falle, wo es sich um eine beiderseitige Verrenkung der Kniescheibe handelte bei gleichzeitigem Bestehen einer doppelseitigen Hüftgelenksverrenkung, welche nach blutiger Reposition mit Ankylosirung ausgeheilt war. Für angeboren kann F., was ja durch die Koincidenz der verschiedenen Deformitäten nahe läge, die Kniescheibenverrenkung nicht halten, da mit Bestimmtheit in den ersten Lebensjahren an den Kniegelenken nichts Abnormes bemerkt wurde. Am wahrscheinlichsten ist es, dass bei dem betreffenden Pat. eine angeborene Disposition zur Verrenkung der beiden Kniescheiben bestanden hat, und dass der äußere Anlass zum Eintritte der Verrenkung die durch die Hüftankylose veränderte Muskelaktion gewesen ist, nämlich die bei jedem Schritte eintretende Hyperextension des Streckapparates, welche eine allmähliche Überdehnung des Ligamentum proprium und der übrigen Bänder herbeiführte. Dieser Überdehnung folgte allmählich eine Erschlaffung, so dass die physiologische Muskelkontraktion häufig die Ursache einer Verrenkung werden kann.

Verf. bespricht des genaueren an Hand seiner Fälle und der Litteratur die Momente, welche eine Disposition zu dem beschriebenen Leiden hervorrufen. Zu diesen zählt eine Reihe von Veränderungen in der Konfiguration der Kniegelenksenden, die Abflachung, das Fehlen des Condylus externus, das Fehlen der äußeren Trochlealeiste, die Verengerung der Fossa intercondylica, das Genu valgum, ferner Erweiterung und Schlaffheit der Kniegelenkskapsel, welch letztere ausnahmslos bei allen Fällen zu konstatiren ist.

Ätiologisch unterscheidet F. traumatische, angeborene und pathologische Kniescheibenverrenkung. Der von Hoffa zwischen angeborener und habitueller Verrenkung gemachte Unterschied, welcher durch die dauernde oder intermittirende anormale Stellung charakterisirt sein soll, lässt sich nicht principiell aufrecht erhalten. Von 45 Fällen, die Verf. zusammenstellen konnte, waren 43 Verrenkungen nach außen, 2 nach innen. Auffällig ist bei dem zweiten von F. geschilderten Falle, dass gerade im Gegensatze zu der gewöhnlichen Disposition durch Abflachung des Condylus externus ein Hervorspringen desselben vorhanden war, wodurch ja theoretisch eine Verrenkung verhindert werden müsste. Indessen ist dies dadurch zu erklären, dass die Verrenkung gar nicht über den Condylus externus erfolgt, sondern dass sie ihren Weg nach außen oberhalb desselben nimmt. Diese auf dem Wege oberhalb der Trochlea erfolgende Ver-

renkung wird durch ein Maximum der Kontraktion der Streckmuskeln verursacht, welche die Kniescheibe noch höher hebt, als sie bei der gewöhnlichen Streckstellung des Kniegelenkes zu liegen pflegt (H. v. Meyer). Gleichzeitig mit dieser maximalen Kontraktion der Extensoren findet eine Verschiebung der Kniescheibe nach außen statt.

Die Prognose der unbehandelten und sich selbst überlassenen Fälle ist eine schlechte. Es tritt eine weitere Dehnung und Erschlaffung der Bänder bei solchen Pat. auf, abgesehen von einer Reihe weiterer Schäden. Dagegen liegt die Möglichkeit einer erfolgreichen Therapie vor. Diese kann durch orthopädische Maßnahmen, besser aber noch durch operatives Eingreifen erzielt werden. Das letztere besteht nach König wesentlich darin, dass das Ligamentum patellae durch Ablösung und Anfrischung der Tibia auf die Innenseite verlagert und die innere Kapsel durch Faltendurchschneidung und Ausschneidung verkürzt wird. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

17) **Schleich** (Berlin). Zur Behandlung des Unterschenkelgeschwürs.

(Therapie der Gegenwart 1901. Januar.)

Die folgende neue Methode S.'s hat ihm »nicht in einem einzigen Falle versagt«; anscheinend — nach den einleitenden Worten zu urtheilen — sind die Erfolge der als ideal gepriesenen Methode durch eine »sehr große« Zahl Heilungen sicher gestellt.

»Nach vorheriger gründlicher Reinigung des ganzen Unterschenkels, wozu sich S.'s Marmorseife besonders empfiehlt, und Entfernung sämmtlicher Borken aus der Umgebung des Ulcus werden 3—5 Esslöffel der Peptonpaste (s. u.) über den ganzen Unterschenkel mit der flachen Hand bis in unmittelbare Umgebung des Ulcus verstrichen, so dass überall vom Ansatze der Zehen, Fußsohle und -rücken, Hacken und Knöchel bis unmittelbar unter die Patella die Haut mit einer ziemlich dicken Schicht umgeben ist, und auf das Ulcus selbst wird Glutolserum in dünner Schicht aufgepulvert, über das Ulcus ein Bausch Krüllgaze gedeckt.« Alsdann werden die Ränder des Peptonaufstriches rings um den Ansatz der Zehen und an der Patella mit einem dicken, schmalen Wattestreifen geschützt, eben so die Malleolen. »Nun folgt die Hauptsache: der absolut exakt, ohne jede Faltung, ideal glatt angelegte Verband von den Zehen mit Ankertouren um Hacken und Malleolen bis hinauf zum Knie mit gut sitzenden Renversétouren, wozu 2 Cambricbinden verwandt werden; darüber werden 2 gestärkte Gazebinden angelegt.«

Der in toto wasserlösliche Verband wird alle 5—6 Tage gewechselt. Meist tritt »sofort« Abschwellung der Haut ein, »beim 2. und 3. Verbande ist das Ödem ganz geschwunden, und der oft bretthart Unterschenkel erhält seine natürliche Konfiguration und Weichheit«.

Die Zusammensetzung der Peptonpaste ist folgende:

Pepton sicc. (Witte)
Amyl. tritic.
Zinc. oxydat āā 20,0
Gummi arab. subt. pulv. 40,0
Lysol gutt. 15
Ol. Melliss. gtt. 5,0

Aq. dest. q. s. ut fiat pasta Schleich (consistentia mellis).

Paste S. und Glutolserum S. sind von der bekannten Viktoria-Apotheke in Berlin zu beziehen. **Gross** (Jena).

Kleinere Mittheilungen.

18) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

116. Sitzung am Montag, den 11. März 1901, im Kgl. Klinikum.

Vorsitzender: Herr Langenbuch.

1) Herr Hermes: Einklemmung einer Dünndarmschlinge durch den entzündeten und verwachsenen Wurmfortsatz (mit Demonstration).

Die Pat. (Krankenhaus Moabit), seit Jahren an Magenbeschwerden leidend, erkrankte plötzlich mit Erbrechen, Schmerzhaftigkeit in der Magengegend, Kräfteverfall. Wegen Verdachtes auf Perforationsperitonitis (ausgehend von einem Ulcus ventriculi) oder Ileus wurde die Laparotomie ausgeführt. Der Darm war stark aufgetrieben, wurde eröffnet, viel Koth und 200 ccm klare Flüssigkeit entleert. Magen anscheinend normal; Verlängerung des Schnittes. Mit der Hand wird nunmehr in der Blinddarmgegend eine Geschwulstmasse und ein dicker Strang entdeckt; eine Dünndarmschlinge war durch den Wurmfortsatz eingeklemmt, die Verlöthung so fest, dass sie zerschnitten werden musste. Der Proc. vermiformis wurde resecirt, er zeigte ein abgesacktes Empyem und war so sehr stenosirt, dass keine Sonde durchging.

Auffällig war, dass die Beschwerden und die Empfindlichkeit eine Erkrankung des Magens vortäuschen mussten.

Herr Helbing hat einen ähnlichen Fall von Fixation eines Darmtheiles am Proc. vermiformis durch strangförmige Adhäsion bei einer 68 Jahre alten Frau beobachtet. Nach Eröffnung des auf 104 cm Umfang meteoristisch aufgetriebenen Bauches zeigte sich die Serosa diffus geröthet und mit kleinen, derben Knoten, die wie Tuberkel oder auch carcinomatöse Gebilde aussahen, besät. In der Ileocoecalgegend der auf 4 cm geschrumpfte Wurmfortsatz mit seinem freien Ende an das Mesenterium des Darmes angelöthet.

Der Strang wurde mit dem Paquelin durchtrennt; es erfolgte Heilung.

2) Herr Helbing: Invaginatio ileo-ilea.

Eine 39jährige Frau erkrankte mit kolikartigen Schmerzen, Erbrechen, das einmal fäkulent war; Leib nicht aufgetrieben, sogar leicht eingesunken, per vaginam über dem Beckeneingange ein verschieblicher, ausweichender Tumor fühlbar. Bei der Laparotomie zeigte sich, dass der Dünndarm in den unteren Theil des Ileum, 5 cm von der Klappe entfernt, eingeschoben war. Da die Lösung nicht gelang, musste eine Resektion (ein 22 cm langes Stück) vorgenommen werden mit nachfolgender seitlicher Anastomose zwischen Dick- und Dünndarm. Heilung.

3) Derselbe: Ungewöhnlich großes Adenom der Mamma.

Dasselbe, 4 Pfund schwer, zeigt die Typen eines benignen Adenoms, im Centrum die eines Fibroadenoma intracellulare mit Nekrosenbildung, in der Peripherie die eines reinen Adenoms.

4) Herr Merkens (Krankenhaus Moabit): Hirnkomplikationen nach Otitis (mit Krankenvorstellung).

Im Anschlusse an eine Kopfverletzung mit Blutung aus dem rechten Ohre hatte sich eine Eiterung am Proc. mastoideus und Meningitis entwickelt. Bei der Operation fand sich eine Fissur des Felsenbeines, und nach Eröffnung der Paukenhöhle wurde ein 2markstückgroßes Knochenstück entfernt.

In einem anderen Falle war die Sinusphlebitis kombinirt mit Eiterungen in vielen anderen Körperregionen, so am Warzenfortsatze, Kniegelenke, Auge, die eine Enukleation des Bulbus nöthig machten.

5) Herr Körte: Krankenvorstellung.

Der vorgestellte 54jährige Kutscher war beim Besteigen der Droschke von einem Pferde gegen das Kniegelenk geschlagen worden. Oberhalb desselben fand sich eine tiefe Einsenkung, dem M. quadriceps ein kleines Knochenstück anhaftend. Naht mit Katgut; zur Zeit gute Beweglichkeit im Kniegelenke. Der Mechanismus der Entstehung der Verletzung ist auffällig; wahrscheinlich war das Bein im Augenblicke der Verletzung gebeugt gehalten, das Eisen traf am Sehnenapparate.

Diskussion: Herr Israel nimmt an, dass bei Zerreißungen des Lig. patellae nach einem leichten Trauma krankhafte Veränderungen der Sehnen bereits vorliegen, oder eine krankhafte Disposition, so z. B. Diabetes, Vorschub leistet. Analoge Verhältnisse beobachtet man z. B. bei der Zerreißung der Achillessehne bei Tabes.

Herr Hahn hat ebenfalls mehrfach Abreißungen der Quadricepssehne beobachtet. Er erzielte durch Anlegen von Gipsverbänden, ohne zu nähen, gute Resultate.

Herr Sonnenburg hat gute Resultate erzielt durch Operation: Querschnitt, Naht.

Herr Zeller erzielte ebenfalls durch Anlegen eines Gipsverbandes ein günstiges Resultat; der betreffende Pat. erlitt aber nach erfolgter Heilung eine Zerreißung auch des anderen Lig. patellae, deren Heilung lange Zeit in Anspruch nahm; gute Dienste leistete ihm dabei eine Scharnierschiene.

6) Herr Wulff: Strangulirter Wurmfortsatz in einer Hernia cruralis.

W. demonstrirt ein Präparat, bei dem sich an dem Proc. vermiformis außer einer Schnürfurche und distal davon gelegenen hämorrhagischen Infarcirung nichts Abnormes nachweisen lässt, jedenfalls keine Eiterung und keine Gangrän, so dass es sich sicherlich um eine Incarceration eines normalen Wurmfortsatzes handeln muss.

Diskussion: Herr Sonnenburg kann sich dieser Meinung nicht anschließen; es handelt sich in solchen Fällen um eine pathologische Appendix oder eine Appendicitis im Bruchsacke.

Herr Körte verfügt über 2 weitere Beobachtungen, die zeigen, dass eine Einklemmung und keine Entzündung vorgelegen, was Herr Sonnenburg bestreitet.

Herr Rotter hat viele Male den Wurmforsatz im Bruchsacke gefunden, jedes Mal mit demselben Befunde: Schnürfurche, Verdickung hinter derselben.

Herr Krause: Eben so wie die normale Blase, kann sich auch der normale Wurmfortsatz einklemmen, dafür spricht u. A. die Beobachtung eines seitlichen Loches am Proc. vermiformis, ähnlich der Perforation an einer Dünndarmschlinge.

Herr Israel weist darauf hin, dass die älteste Beobachtung eines eingeklemmten und nekrotischen Wurmfortsatzes von v. Langenbeck herrühre.

7) Herr Wulff: Fall von Sklerodermie (mit Krankenvorstellung).

Der vorgestellte Knabe zeigt neben sklerodermatischer Erkrankung der Haut eine ausgedehnte Myositis, die alle Bewegungen im höchsten Grade beeinträchtigt. Mikroskopisch ist vor Allem eine Zellinfiltration in den größeren Muskelinterstitien nachweisbar, während die Muskelfasern im Allgemeinen normal sind.

Herr Wohlgemuth stellt im Anschlusse daran ein junges Mädchen vor, das ebenfalls das Bild einer Myositis ossificans darbietet. Es steht seit bereits $2^1/_2$ Jahren in seiner Beobachtung. Die erste krankhafte Erscheinung, die an dem Kinde überhaupt zu bemerken war, bestand in einer Quaddel an der Oberlippe, die den Eindruck eines Skrofuloderma machte.

Herr Krause fragt nach der angewandten Therapie.

Herr Wulff: Es wurde Salicyl angewandt, anscheinend ohne besonderen Erfolg.

Herr Krause hat mit Heißluftbehandlung Besserung gesehen.

8) Herr Joachimsthal: Beiträge zum Verhalten des Hüftgelenkes bei der angeborenen Luxation.

J. demonstrirt zunächst an 5 Präparaten, von denen 2 doppelseitige Verrenkungen aufweisen, diejenigen Veränderungen, die bei der angeborenen Luxation des Hüftgelenkes im späteren Lebensalter zu Stande zu kommen pflegen. An allen Präparaten ist die Pfanne, und zwar stets in deutlichster Weise, vorhanden. Sie ist kleiner und flacher als normal, dabei aber an einzelnen Gelenken noch so vertieft, dass ein stark abgeschliffener Kopf, namentlich in Abduktionslage, nothdürftig in ihr Platz finden könnte. Die Hüftgelenkspfanne hat stets die ihr normale Form einer Hohlkugel verloren und sich dafür in eine mehr plane Fläche von dreieckiger Gestalt verwandelt, deren obere und namentlich hintere Umrandung wallartig vorspringt, während dem Foramen obturatorium gegenüber kein deutlicher Grenzwall besteht. An 3 der demonstrirten Becken findet sich an der äußeren Darmbeinfläche nach außen und oben von dem hinteren Pfannenrande eine dem neuen Standorte des Kopfes entsprechende Vertiefung. An dem Oberschenkelkopfe, wie an dem ganzen oberen Femurende besteht eine beträchtliche Atrophie; die mit dem Darmbeine in Kontakt gewesene hintere und innere Fläche des Kopfes erweist sich als stark abgeplattet. Der von dem Schenkelschafte und -Halse gebildete Winkel ist fast stets in dem Sinne einer Coxa vara verkleinert. An einem in toto erhaltenen Oberschenkel tritt die in letzter Zeit namentlich von Schede betonte Sagittalstellung des Schenkelhalses besonders deutlich zu Tage.

An dem einen der vorgelegten Präparate ist die Kapsel noch erhalten; sie lässt im Gegensatze zur Norm überall die Kontouren des Kopfes und Halses erkennen. Ihre vordere Wand bildet mit der alten Pfanne eine Art von Tasche. Oberhalb des hinteren oberen Pfannenrandes findet sich eine Verengerung.

Im Gegensatze zu diesen Präparaten demonstrirt J. alsdann 3 Mädchen, bei denen er vor längerer Zeit die unblutige Reposition einer Hüftverrenkung mit dauerndem Erfolge vorgenommen und durch in regelmäßigen Zwischenräumen hergestellte Röntgenaufnahmen die Umwandlung zu verfolgen versucht hat, die im Anschlusse an diesen Eingriff an den knöchernen Theilen des Gelenkes sich vollziehen. Entsprechend der tadellosen Funktion der Hüftgelenke ergab sich an den Skiagrammen stets eine beträchtliche Vertiefung der knöchernen Pfannengrundlage, eine erhebliche Zunahme des Caput femoris, während der Schenkelhals bei 2 9- resp. $8^1/_2$jährigen Mädchen, bei denen J. vor 3 resp. $1^1/_2$ Jahren die Einrenkung vollzogen hat, noch eine auffallende Kürze erkennen lässt. An stereoskopischen Aufnahmen lässt sich hier auch eine leichte Anteversionsstellung des Schenkelhalses demonstriren,

Zum Schlusse zeigt J. noch einige Skiagramme unvollständiger Hüftluxationen.

9) Herr Brentano: Krankenvorstellung.

B. stellt a. eine Pat. vor, bei der er in der Annahme einer Magenperforation die Gastroenterostomie gemacht hat. Veranlassung zu dieser Annahme gab ein schwerer, mehrere Stunden anhaltender Collaps mit Aufhebung des Bewusstseins, der es ermöglichte, die Operation ohne jedes Anästheticum zu machen. Bei der Laparotomie fand sich eine mächtige Magenerweiterung in Folge eines stenosirenden, wahrscheinlich noch nicht vernarbten Ulcus am Pylorus, aber keine Perforation. Eben so wenig kann aber die schwere Synkope etwa durch eine frische ambulante Magenblutung erklärt werden. Denn es fehlten blutige Abgänge sowohl

unmittelbar vor der Operation wie nach derselben. Es ist somit am wahrscheinlichsten, dass die bei der Pat. durch die früheren Blutungen hervorgerufene Anämie die Ohnmacht bewirkt hat. Die Kranke erfreut sich seit der Operation andauernden Wohlbefindens.

b. Präparat des Colon und eines Theiles des Dünndarmes eines angeborenen Darmverschlusses. Dasselbe stammt von einem 3 Tage alten, normal entwickelten, ausgetragenen Kinde männlichen Geschlechtes, das von der Geburt an deutliche Symptome eines Darmverschlusses darbot. Keine Atresia ani oder recti. Bei der Laparotomie in der Mittellinie findet sich eine Achsendrehung des Dünndarmes ungefähr in der Mitte seiner Länge mit kolossaler Auftreibung der strangulirten, aber lebensfähigen Schlinge und Fixation derselben in normaler Stellung an die Bauchwand. Tod 36 Stunden p. op.

Sektion (Prof. Benda): Das Colon so wie die angrenzenden Theile des Dünndarmes sind auf einer fötalen Entwicklungsstufe stehen geblieben. Sie sind zwar überall durchgängig, haben aber ein abnorm dünnes Kaliber (das des Colon beträgt nur 6 mm). Der Dünndarm ist durch das eingedickte Meconium etwas gedehnt und nimmt von der Bauhin'schen Klappe nach aufwärts bis zur Stelle der Achsendrehung an Kaliber zu. Nirgends Verwachsungen oder circumscripte stärkere Stenosen. Die durch die Bildungshemmung bedingte Verengerung machte eine normale Entleerung unmöglich und bewirkte dadurch die Stauung und Achsendrehung im Dünndarme. Ursachen für die Entstehung dieser Hypoplasie wurden bei der Autopsie nicht gefunden.

Mikroskopisch zeigt die Darmschleimhaut die abnorme Weite und die trichterförmige Mündung der Lieberkühn'schen Drüsen, die den fötalen Entwicklungszustand kennzeichnet, die übrigen Schichten der Darmwand weisen aber ein dem Kaliber entsprechendes normales Verhalten auf.

10) Herr Langenbuch: Über die chirurgische Behandlung der allgemeinen Peritonitis.

L. empfiehlt auf Grund von 5 geheilten Fällen sein dabei angewendetes Verfahren, welches darin besteht, dass die Pat. mit Gurten in stehender oder sitzender Stellung befestigt werden, eine Gegenincision an der rechten Seite des Mastdarmes resp. nach der Scheide zu und nach Einlegen eines Drainrohres Durchspülungen gemacht werden.

Der Erfolg war überraschend, wenn nicht schon bei Übernahme der Behandlung Sepsis bestand. Einmal stieß sich der Proc. vermiformis mit aus.

2 geheilte Pat. werden vorgestellt.

Diskussion: Herr Rotter hat bei Ausspülungen keine günstigeren Erfolge beobachtet; wegen der fast regelmäßig vorhandenen Verklebungen und Verwachsungen lassen sich Ausspülungen auch nicht immer vornehmen.

Er ist auch für Gegenincisionen durch die Scheide oder durch den Damm, bei Männern; einmal drainirte er mit günstigem Erfolge die Lumbalgegend.

Herr Israel glaubt nicht, dass das Verfahren so große Vortheile bietet; bei sehr vielen an Peritonitis Verstorbenen fanden sich gar keine Eitermassen in der Bauchhöhle.

Dagegen erwidert Herr Langenbuch, dass er früher immer erstaunt gewesen sei über die Masse erbsengelber Brühe im kleinen Becken; bei allgemeiner Sepsis natürlich erwarte er auch von seinem Verfahren keinen Erfolg mehr.

Herr Körte meint, dass erst eine größere Anzahl von Fällen den Werth der Methode erhärten müsse, wogegen Herr Langenbuch einwendet, dass die Statistik nichts beweise, wegen der Verschiedenartigkeit der Fälle.

Herr Rotter fragt Herrn Israel, wie er den Bauch drainirt, »dass er immer leer war«?

Herr Israel hat den Douglas nach der Vagina drainirt, die Därme mit Schürze bedeckt und von da aus lange Streifen nach allen Richtungen der Bauchhöhle hin gelegt. Wenn multiple Abscesse überall verstreut sind, wird keine Methode zum Ziele führen.

Herr Rotter: Viele seiner Pat. sind an trockener diffuser septischer Peritonitis gestorben, oder trotz bestmöglicher Drainage nach dem Douglas hin hat er bei Sektionen doch an verschiedenen Stellen Eiteransammlungen aufgefunden.

Herr Langenbuch: Man muss nicht bloß spülen, sondern aufrichten!

Herrn Sonnenburg hat die breite Tamponade der Bauchhöhle die besten Dienste geleistet; Drainage und Ausspülungen nimmt er nicht vor, hält dieselben für unzureichend. Bei konsequenter Durchführung der Behandlungsart haben sich die Resultate sehr gebessert.

61 ältere Fälle gaben 41% Heilungen, 89 neuere Fälle 60%[1].

Herr Olshausen stimmt mit den Ansichten des Vortr. nicht überein. Er hat früher ausgiebig die Bauchdrainage ausgeübt, ist aber davon zurückgekommen. Es wird nur das, was in unmittelbarer Nähe des Drains liegt, drainirt, selbst wenn 3—4 Drains eingelegt werden, und schon nach 24 Stunden sind die Drainagefenster durch Granulationen verstopft.

Herr Langenbuch betont, dass das Zusammenwirken der verschiedenen Momente seiner Methode, besonders die aufrechte Haltung, vortheilhaft sei. Zur Verhütung der Verstopfung dreht er das Drainrohr um seine Achse und umwickelt es zur Vermeidung von Decubitus mit Jodoformgaze.

Herr Hahn hat früher ebenfalls häufig Spülungen angewendet, war aber nicht zufrieden mit den erzielten Resultaten. Die geheilten Fälle von Peritonitis waren wahrscheinlich gar keine allgemein diffusen Peritonitiden.

Herr Körte giebt die Möglichkeit zu, dass diffuse Peritonitiden ausheilen können, sei es nun durch Spülung oder Tamponade oder sonst welche Behandlung; wenn aber Herr Sonnenburg 60% Heilungen habe, so seien das wohl abgekapselte Peritonitiden gewesen.

Herr Sonnenburg: Abgekapselte Peritonitiden sind nicht dabei, nur die progredienten fibrinös-eitrigen und die jauchig-eitrigen. Sein Material sei annähernd dasselbe geblieben, eben so die Behandlung; seine günstigen Resultate sprächen also dafür, dass seine Behandlung die richtige sei.

Herr Rotter glaubt die guten Resultate Sonnenburg's abhängig von der Indikationsstellung, nämlich im Chok etc. befindliche Pat. nicht mehr zu operiren, machen zu müssen.

Herr Krause: Die von Herr Langenbuch mit seiner Methode in 5 Fällen erzielten günstigen Resultate lassen dieselben einer Nachprüfung werth erscheinen.

Herr Hahn fragt noch, ob sich die Peritonitiden entwickelten im Anschlusse an eine Perityphlitis?

Herr Langenbuch: In 2 Fällen, ja, in den 3 anderen war ihm die Ursache nicht bekannt geworden.

Herr Hahn: Die geheilten Fälle sind wohl meist abgekapselt und vom Proc. vermiformis ausgehend, die ungünstigen jene aus anderer Ursache entstandenen; man darf also nicht verallgemeinern.

11) Herr Löhlein: a. Multiple Fremdkörper durch Laryngofissur entfernt.

Ein Kind war wegen vermutheter Diphtherie tracheotomirt worden. Da die Stenose fortbestand, machte L. die Laryngofissur, um so mehr, da das Kind beim Essen erkrankt sein sollte. Er förderte dabei 6 Knochenstücke zu Tage.

b. Exstirpirtes Nierencarcinom.

Der Tumor hatte sich innerhalb 6 Wochen bei einem 4jährigen Kinde entwickelt, wog 3½ Pfund.

Bei der Sektion — das Kind starb bald nach der Operation — fanden sich Metastasen in der Leber und der Lunge. **Sarfert** (Berlin).

[1] Vgl. Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 15.



19) **E. Sthamer.** Erfahrungen aus dem Burenkriege über Schussverletzungen und Asepsis.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 15.)

Der interessante Bericht S.'s zeigt, dass sich in dem südafrikanischen Kriege die aseptische Prophylaxe, Vermeidung der Wundberührung und -Untersuchung, individualisirendes Offenhalten, Verwendung keimfreien, trockenen, sekretaufsaugenden Verbandmateriales glänzend bewährt haben, und dass man bei Anlage des Verbandplatzes sich mit solcher aseptischer Wundtechnik auch unabhängiger von dem Vorhandensein von Wasser machen kann.

Im Weiteren interessiren noch S.'s Mittheilungen über die in den Fällen perforirender Bauchschüsse gewonnenen Erfahrungen. Einzelne derselben hatten trotz sicherer Perforation der Bauchhöhle keine charakteristischen Symptome der Darm- und Magenverletzung und kamen zur Heilung; ein durch Verletzung eines Mesenterialgefäßes tödlich verlaufener Fall zeigte bei der Sektion Verschluss der Schussöffnungen im leeren Magen und Quercolon ohne peritonitische Erscheinungen. Unter Berücksichtigung seiner eigenen Erfahrungen und der von Mathiolius, Küttner, Watson Cheyne etc. nimmt Verf. für alle auf dem Schlachtfelde als verwundet aufgehobenen Fälle von Bauchschüssen (die direkt tödlichen nicht inbegriffen) eine Gesammtsterblichkeit von 70—75% an und bestätigt die Thatsache, dass eine verhältnismäßig große Zahl der Bauchschüsse bei konservativer Behandlung durchgekommen ist. **Kramer** (Glogau).

20) **W. Rager** (Kopenhagen). Drei Fälle von angeborenem Hochstande des Schulterblattes.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. IX. Hft. 1.)

Nach der Mittheilung dreier ausführlicher Krankengeschichten mit 9 Abbildungen und vielfachen, nicht kurz wiederzugebenden Nebenbefunden, welche auch den symptomatischen Charakter des Leidens hervortreten lassen, theilt Verf. die bisher beschriebenen Fälle in 4, klinisch jedoch noch nicht genügend präcisirbare Gruppen ein. Daran reihen sich allgemeine Erörterungen über Symptomatologie, Diagnose, Prognose, Behandlung und Ätiologie, so wie ein vollständiges Verzeichnis der Litteratur. **J. Riedinger** (Würzburg).

21) **Napalkow.** Bildung eines Gelenkes zwischen Oberarm und Schlüsselbein nach vollständiger Entfernung des Schulterblattes.

(Chirurgia Bd. VI. p. 475. [Russisch.])

An dem 23jährigen Kranken war wegen Sarkoms das Schulterblatt entfernt worden. Es hatte sich nach der Heilung der Operationswunde eine gute Gelenkverbindung zwischen Oberarm und Schlüsselbein hergestellt. Der Krankengeschichte ist mit dem Sektionsberichte auch eine ausführliche Beschreibung des neuen Gelenkes mit Abbildungen beigegeben.

Egbert Braatz (Königsberg i/Pr.).

22) **Keen.** Six cases of secondary operation for wrist drop from injury to the musculo-spinal nerve by fracture of the humerus.

(Med. chronicle 1900. August.)

Es handelte sich theils um Zerreißung, theils um Druck von Callusmassen auf den Nerven. 5mal wurde die Nervennaht, stets längere Zeit nach der Verletzung, gemacht. 1mal war zur Annäherung der Nervenenden Resektion von $3^1/_2$ cm Humerus nöthig. Bei 2 Fällen trat völlige Genesung ein (5 und 3 Monate nach Verletzung), 1mal gar kein Erfolg (Naht erst 13 Jahre nach Verletzung!), 3mal geringer Erfolg, der aber zum Theil mangelhafter Nachbehandlung zur Last gelegt wird. **Trapp** (Bückeburg).



23) **Keen and Spiller.** A case of multiple neuro-fibromata of the ulnar nerve.

(Amer. journ. of the med. sciences 1900. Mai.)

Die Geschwülste, 6 im Ganzen, saßen am Ulnaris, etwas oberhalb vom Handgelenke beginnend, im Verlaufe des Nerven bis zum Ringfinger. Sie bedingten hochgradige Hyperästhesie des Ring- und Kleinfingers und der betreffenden Handseite. Bei der Operation zeigte es sich, dass die kleinen Geschwülste im Innern des Nerven, ganz von Nervenfasern umgeben, saßen, so dass sie ausgeschält werden konnten. Ihre Form war spindelförmig, mit einem Faden an jedem Ende. Es folgte eine bedeutende Besserung, welche den Gebrauch der Hand wieder gestattete. Eine genauere pathologisch-anatomische Beschreibung der gewonnenen Geschwülste eignet sich nicht für das Referat, sie stammt von Spiller.

Trapp (Bückeburg).

24) **R. F. Müller.** Zur Kenntnis der Fingergeschwülste.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 2.)

M. fand, dass die meisten Lehrbücher und chirurgischen Fachzeitschriften das Gebiet der Fingergeschwülste nur sehr spärlich behandeln. Er selbst beobachtete desshalb das Material der v. Bergmann'schen Klinik ein Jahr lang darauf hin und konnte einschließlich einiger anderweit beobachteter Fälle 16 derartige Neubildungen sammeln, und zwar 2 Lipome, 5 Schleimbeutel und Ganglien, 2 durch eingedrungene Fremdkörper verursachte Fingergeschwülste, 6 tendovaginale Sarkome und 1 subunguales Peritheliom.

Bei den Lipomen handelte es sich das eine Mal um ein solches des höheren Alters, das 2. Mal um ein solches der frühesten Jugend, wahrscheinlich sogar um ein angeborenes. Bezüglich des seltenen Vorkommens der Lipome an den Fingern weist Verf. auf die Theorie Grosch's hin, welcher nachwies, dass die Häufigkeit des Vorkommens von Lipomen an gewissen Körperstellen im umgekehrten Verhältnisse zu dem Drüsenreichthume der betreffenden Körpergegend steht. Die Differentialdiagnose zwischen den Fettgeschwülsten und Ganglien an den Fingern ist nicht immer leicht. Hingewiesen wird vom Verf. darauf, dass die Ganglien bei seinen 4 Pat. seitlich neben den Sehnen saßen, was bei keiner der übrigen von ihm geschilderten Geschwülste der Fall war, so dass dieser Umstand die Diagnose erleichtern kann.

Die durch Fremdkörper verursachten Geschwülste gehören eigentlich in das Kapitel der entzündlichen Processe, sind aber vom Verf. in die Arbeit aufgenommen worden, weil sie sich klinisch als Geschwülste darstellten.

Die interessantesten Geschwülste, die M. beschreibt, sind die Sarkome. Klinisch wie histologisch konnte man ihren Ausgang von der Sehnenscheide nachweisen. Die Zellformen waren sehr verschieden, größere, kleinere, rundliche und polygonale bis spindlige Formen. Daneben fanden sich überall Riesenzellen. Die Gefäßversorgung war allenthalben eine spärliche, die Intercellularsubstanz bald reichlich, bald wenig ausgebildet. Bei allen Geschwülsten war auch eisenhaltiges, zweifellos von alten Blutungen herstammendes Pigment zu finden. Histologisch gehören also sämmtliche Geschwülste dieser Gattung zu den pigmenthaltigen Fibrosarkomen mit Riesenzellen. Ihr Sitz ist die Beugeseite der Finger, ihr Wachsthum ein langsames, ihr Charakter ein gutartiger. Beschwerden machen sie fast gar nicht. Auffallend ist ihre Härte, erklärlich aus der reichlichen Entwicklung des derben fibrösen Gewebes.

Das von M. beobachte Peritheliom wies wie die analogen Fälle aus der Litteratur ein typisches Krankheitsbild auf. Das langsame Wachsthum, die geringe Größe der Neubildung und ganz besonders die sehr heftige Schmerzhaftigkeit dieser Geschwülste bilden ihre wesentlichsten Merkmale. Größere Operationen, wie sie bei diesen Fällen von einzelnen Chirurgen vorgenommen wurden, sind nicht erforderlich; denn auch diese Neubildungen sind gutartig. Ihre Ausschälung genügt. Histogenetisch ist die Abkunft der vom Verf. beobachteten Geschwulst

von den Gefäßendothelien als gesichert anzusehen. Analoge Geschwülste, wie die geschilderte, sind von Anderen als »Angiosarkome« beschrieben worden. Verf. möchte für seinen Fall diese Bezeichnung nicht wählen, obschon sie an sich nicht falsch wäre, weil die Gefäßentwicklung eine geringfügige war.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

25) **Marie et Guillain.** Sur le traitement de la sciatique par injection intra-arachnoïdienne de doses minimes de cocaïne.

(Indépendance méd. 1901. No. 14 u. 18.)

Verff. erzielten bei einer mittelschweren, seit 8 Tagen bestehenden Ischias 3 Minuten nach Injektion von 5 mg Cocain in den Rückenmarkskanal bedeutende Verminderung der Schmerzen. 3 Minuten später war der Schmerz ganz geschwunden, Pat. ging umher. Nach 6 Stunden kehrte der Schmerz in geringem Grade wieder, am Tage darauf nur noch geringe Beschwerden. Anhaltende Besserung. Irgend welche Nebenerscheinungen traten nicht auf, die Hautsensibilität blieb erhalten.

Achard berichtete in der Societé de neurologie vom 7. März d. J. ebenfalls über günstige Erfolge. Er verwandte aber Dosen von 1—2 cg, bei denen es zu Anästhesie der Beine kam.

Curtois-Suffith und Delille (Soc. méd. des hôpitaux 1901 April 26) entfernten bei einer sehr heftigen Ischias durch Lumbalpunktion ca. 3 ccm Cerebrospinalflüssigkeit und injicirten 5 mg Cocain. Die Schmerzen schwanden fast augenblicklich; nach 2 Minuten konnte die Pat. fast ohne Schmerzen umhergehen, und zwar über eine Stunde. Weiterhin anhaltende Besserung.

Mohr (Bielefeld).

26) **J. B. Roberts.** Multiple tumors of the sciatic nerve.

(Philadelphia med. journ. 1901. April 13.)

39jähriger Mann bemerkte vor 14 Jahren 3 kleine Geschwülste an der Außenseite des linken Kniees. Die durch Incision entfernten Knoten waren seiner Zeit (vor 6 Jahren) als fettige Geschwülste bezeichnet worden. Kurze Zeit darauf war wieder eine Geschwulst in der Tiefe der Kniekehle zu fühlen. Dieselbe, 1 bis $1\frac{1}{2}$ Zoll lang, spindelförmig, liegt jetzt gerade in der Mitte der Kniekehle, ist auf Druck schmerzhaft, die Schmerzen strahlen peripher- und centralwärts aus. Bei der Incision zeigt sich, dass die Geschwulst in dem internen Poplitealnerv eingebettet liegt. Weiterhin findet man die ganze Länge des N. ischiadicus bis hinauf zu seiner Austrittsstelle mit vielen derartigen Geschwülsten durchsetzt, die bezüglich ihrer Größe zwischen $\frac{1}{8}$ und $1\frac{1}{2}$ Zoll im Durchmesser schwanken. Offenbar gingen sie vom Bindegewebe des Nervenstammes aus und hatten die einzelnen Nervenfasern durch ihr Wachsthum vor sich her geschoben. Die theilweise myxomatös entarteten Geschwülste erwiesen sich mikroskopisch als Fibrome. Das Resultat der Operation war hinsichtlich Sensibilität und motorischer Funktion ein gleich gutes. **O. Müller** (Hirschberg i/Schl.).

27) **Kühn.** Ein Fall von isolirter traumatischer Lähmung eines einzigen Nervenastes des N. peroneus profundus.

(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1901. No. 4.)

Verf. bringt die Krankengeschichte eines Falles genannter Art:

Ein 36jähriger Maurer zieht sich durch Fall aus einer Höhe von ca. 2 m einen Bruch beider rechter Unterschenkelknochen an der Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel mit erheblicher Quetschung der Weichtheile zu. Nach der Konsolidation der Bruchenden durch Anlegung eines Gipsverbandes zeigt sich neben einer Beinverkürzung von 2,5—3,0 cm eine vollständige Lähmung des den langen Streckmuskel der großen Zehe innervirenden N. peron. prof. und eine Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit des langen Streckers der übrigen Zehen.

Verf. führt diese Lähmungserscheinungen auf den Knochenbruch zurück.

Motz (Heddersdorf).



28) **Wegner.** Osteom aus der Fascia cruralis des rechten Unterschenkels.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 15.)

Der Knochen maß 15 : 5 cm und war durch den chronischen Reiz eines seit 15 Jahren bestehenden Unterschenkelgeschwürs entstanden. Das Röntgenbild zeigt bei der Pat. noch kleine Knochenplatten auch an anderen Stellen des Unterschenkels.

Borchard (Posen).

29) **C. Helbing.** Über Rissfrakturen des Fersenhöckers.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 489.)

Die eigene im Berliner israelitischen Krankenhause gemachte Beobachtung H.'s ist in unserem Blatte bereits p. 178 bei Berichterstattung über Verf.'s im Berliner Chirurgen-Vereine gehaltenen Vortrag ausreichend referirt. Die vorliegende Abhandlung zeigt das Photogramm und Skiagramm des verletzten Fußes und bringt auch eine Allgemeinbesprechung über Fersenbeinbrüche. Danach sind Riss- und Quetschungsbrüche zu unterscheiden. H.'s Fall, für den es einige Parallelfälle giebt, zeigt, dass der Rissbruch auf indirektem Wege durch Muskelzug vom Gastrocnemius erfolgt und bei ihm die Achillessehne das obere Stück des Hackenfortsatzes durch einen schräg sagittal in der Richtung der Knochenbälkchen verlaufenden Spalt aufwärts reißt. Die Trennung ist keine vollständige, vielmehr bleibt das emporgezerrte Fragment vorn im Zusammenhange mit dem Fersenbeinkörper. Obwohl der Achillessehnenzug eine Anheilung in reponirter Stellung stört, wird die Fußbeweglichkeit, Abwesenheit anderweitiger Verletzungen vorausgesetzt, nicht gestört. Der Quetschungsbruch dagegen geschieht auf direkt »traumatischem« Wege und trennt die ganze Hackenpartie des Fersenbeines in querer und vertikaler Richtung vom Fersenbeinkörper ab.

Meinhardt Schmidt (Cuxhaven).

30) **B. Serenin.** Zur Frage der chirurgischen Behandlung der Bronchiektasie.

(Chirurgia Bd. VI. p. 457. [Russisch.])

Bei einem 16jährigen Mädchen hatte sich, nachdem wahrscheinlich pleuritische Schmerzen vorausgegangen waren, nach einer darauf durchgemachten unvollständig kritischen krupösen Pneumonie eine Bronchiektasie entwickelt. Massenhafter übelriechender Auswurf, Temperatursteigerungen, kolbenförmige Auftreibungen der Endphalangen an Händen und Füßen. Probepunktion ergiebt Eiter. Aktinomykose und Tuberkulose waren ausgeschlossen. Zuerst Rippenresektion in der rechten Axillarlinie der 7. und 8. Rippe. Erfolglose Probepunktion. Später 2. Operation, Resektion eines 4—5 cm langen Stückes aus der 8. und 9. Rippe in der Scapularlinie. Man eröffnete zuerst eine Höhle mit ca. 100 g seröser Flüssigkeit, abermals vergebliche Probepunktion, nachdem am Tage vorher eine große Menge übelriechenden Eiters durch eine starke Potain'sche Nadel aspirirt worden war. Tamponade der Wunde. Nach 4 Tagen fiel die Temperatur ab, aber 10 Tage nach der Operation fiel die Pat. während des Verbandwechsels beim Tamponiren der Wunde zusammen und war todt. Die Sektion bestätigte die Richtigkeit der Diagnose, es fand sich auch ein kleiner nekrotischer Lungenherd, aber zugleich zeigte sie auch, wie misslich die Aussichten einer Operation bei einer so sehr diffusen Krankheit im Allgemeinen sind. S. giebt eine genaue Analyse des Krankheitsfalles unter Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur (23 Nummern).

Egbert Braatz (Königsberg i/Pr.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 27. **Sonnabend, den 6. Juli.** **1901.**

Zur Topographie des Processus vermiformis.

Von
Dr. **P. Müller** in Dresden.

So leicht in der überwiegenden Mehrzahl von Exstirpationen des Wurmfortsatzes das Auffinden desselben ist, so schwierig kann sich andererseits das Suchen nach ihm gestalten, ist er in mehr oder minder große Exsudate, Adhäsionen, Verwachsungen, Schwielen eingebettet und verborgen. In solchen Fällen lassen die gewöhnlichen topographischen Angaben — Einmündung des Dünndarmes oberhalb des Wurmfortsatzes an der linken Seite des Coecum oder Ursprung des Processus unten und medianwärts aus dem Coecum u. a. m. — völlig im Stiche, und lange und mühsam muss der Operateur zum Theil aufs Gerathewohl in Adhäsionen u. dgl. nach dem Wurmfortsatze suchen. In allen Arbeiten über dieses Gebiet werden diese Schwierigkeiten stets besonders hervorgehoben.

Gelegentlich einer durch ausgedehnte Verwachsungen sehr komplicirten Appendicitisoperation, die mein früherer Chef, Herr Hofrath Rupprecht, im Diakonissenkrankenhause zu Dresden ausführte, wurde ich auf eine Lagebeziehung der Abgangsstelle des Processus zu den Tänien des Dickdarmes bezüglich des Coecum aufmerksam, die ich seitdem stets sowohl bei Operationen als auch bei zahlreichen Leichenuntersuchungen bestätigt gefunden habe. Da ich in der mir zugänglichen Litteratur nur bei König und Gegenbaur[1] Angaben hierüber gefunden habe — in den zahlreichen von mir daraufhin durchgesehenen speciellen Arbeiten über die Anatomie und über die Erkrankungen der Appendix habe ich nichts antreffen können — halte ich eine Veröffentlichung dieser Beobachtung in Rücksicht auf ihre große praktische Wichtigkeit für die Orientirung bei schweren Exstirpationen des Wurmfortsatzes für angezeigt.

Der Processus vermiformis entspringt dort aus dem Coecum, wo die 3 vom Colon herabsteigenden Tänien sich am Coecum treffen. Die Lage des Tänienschnittpunktes selbst ist dabei keine ganz konstante, bald befindet er sich etwas mehr an der vorderen, bald mehr an der hinteren Wand des Blinddarmes bald näher, bald ferner der Einmündungsstelle des Ileum. Stets aber ist dort, wo die 3 Tänien sich schneiden, die Abgangsstelle der Appendix vom Coecum.

Für die Orientirung am meisten geeignet ist die breite, stark in die Augen tretende, vorn gelegene Taenia libera, während die beiden anderen hinten innen und außen gelegenen Tänien weniger günstig sind. In praxi gestaltet sich die Sache nun so, dass man, falls es sich nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigt, dass der Processus in Verwachsungen, Adhäsionen u. dgl. verborgen steckt, die breite Taenia libera aufsucht und, ihr als Richtschnur folgend,

---

[1] König (Lehrbuch der speciellen Chirurgie Bd. II) sagt: Man sucht den Wurmfortsatz auf, »indem man die Einmündung des Ileum findet oder vom Colon aus die Längstänie bis zu dem oft verwachsenen etc. Processus verfolgt.« Gegenbaur (Lehrbuch der Anatomie des Menschen 7. Aufl. Bd. II) erwähnt, dass aus dem primitiven Blinddarme 2 Theile hervorgehen, einer, der sich weiter bildet, das definitive Coecum, und einer, welcher in der Ausbildung zurückbleibt, der Processus vermiformis, und fährt fort: »Noch beim Neugeborenen ist er (Proc. vermif.) wenig vom erweiterten Coecum abgegrenzt; später tritt eine einseitige Erweiterung des Coecum auf, und die Appendix geht nicht mehr am Grunde desselben in dieses über, sondern gewinnt eine mehr seitliche der Valv. ileoc. genäherte Insertion. Die Längsmuskelschicht bleibt an ihr kontinuirlich und löst sich erst beim Übergange in das Coecum in die 3 Tänien auf, die also nicht am Grunde des Coecum, sondern an der Anfügestelle der Appendix beginnen.« Dieser Schilderung entsprechen auch die ausgezeichneten Abbildungen des Anatomischen Atlas von Spalteholz, während ich diese Genauigkeit in anderen Atlanten nicht gefunden habe. Nicht unerwähnt möchte ich noch die allerdings viel allgemeinere Bemerkung von Schlange lassen, die er im Bd. III T. 1. des Handbuches der Chirurgie macht, wo er sagt: »Der beste Wegweiser ist schließlich der an seinen Tänien zu erkennende Dickdarm.« Gewiss, in den leichten Fällen, die Schlange im Auge hat; in komplicirteren genügt diese allgemeine Angabe nicht, da ist es vortheilhafter, man folgt dem Laufe der Taenia libera.

sich durch Adhäsionen, Verklebungen, Exsudate, Verwachsungen nach der Appendix durcharbeitet. Man kommt unfehlbar zu ihrer Abgangsstelle vom Typhlon, mögen die Adhäsionen etc. noch so ausgedehnt und mag das Coecum und die Appendix noch so verlagert sein. Und hat man so das proximale Ende des Wurmfortsatzes gefunden und herausgearbeitet, so ist in den meisten Fällen die Entwicklung des übrigen Organs nicht schwierig. Wo dann das freie Ende liegt, ob es nach innen, außen, unten oder hinten oben geschlagen ist, ist dabei ziemlich gleichgültig, da die Hauptschwierigkeit des Auffindens überwunden ist. In besonderen Fällen kann man sich selbstverständlich auch an eine der anderen beiden Tänien halten, doch ist nach meiner Erfahrung die Taenia libera am besten dazu geeignet.

In leichteren Fällen dürfte man zwar auch ohne dies Hilfsmittel den Processus vermiformis finden, doch auch hier muss das Auffinden des Organs durch Beachtung dieses topographischen Merkmals erleichtert werden. Nur in dem Falle könnte es vielleicht versagen, wenn der Wurmfortsatz, durch eitrige Processe vom Coecum abgelöst, mit diesem nicht mehr in Zusammenhang steht. Man kommt aber auf diese Weise wenigstens sicher dort hin, wo der Processus zu suchen ist. Ich will noch erwähnen, dass ich selbst in alten, schwieligen Verwachsungen die Taenia libera stets deutlich sichtbar herauspräpariren und sie als Wegweiser nutzen konnte.

---

1) **W. Petersen.** Zur Behandlung der Bauchschüsse. (Aus der Heidelberger chirurgischen Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 15.)

In der Abhandlung erörtert P. zunächst die Gründe für die unerwartet guten Resultate, zu welchen die konservative Behandlung der Bauchschüsse im südafrikanischen Kriege geführt hat. Ein Theil der Geheilten hatte penetrirende Schüsse ohne Perforation erhalten; in einem anderen war es zu Perforation, umschriebener Abscessbildung und Entleerung des Eiters nach außen oder durch den Darm gekommen; in einer 3. Gruppe hatte sich die Schussöffnung in den Därmen in Folge ihrer Kleinheit durch Vorfall der Schleimhaut spontan und Dank der Leere der Eingeweide ohne erhebliche Infektion des Bauchfelles geschlossen. Es waren also für die Selbstheilung der Bauchschüsse besonders günstige Bedingungen vorhanden, während bei den der Operation unterworfenen Fällen sehr mangelhafte und ungünstige äußere Verhältnisse die schlechteren Erfolge chirurgischen Eingreifens verursacht haben. Im Gegensatze hierzu sind im Frieden die Bedingungen der Operation viel bessere und die der Naturheilung erheblich schlechtere, da die Verletzungen meist durch Geschosse von weit geringerer Durchschlagskraft und oft auch von größerem Kaliber veranlasst werden und mehr oder minder

gefüllte Eingeweide betreffen. Mit Recht weist desshalb auch P. darauf hin, dass die Erfahrungen des südafrikanischen Krieges bezüglich der Behandlung der Bauchschüsse in keiner Weise für unsere Friedensverhältnisse maßgebend sein dürfen, und verlangt bei jedem Bauchschusse im Frieden bei dringendem Verdachte auf Perforation die sofortige Operation und in zweifelhaften Fällen den Probeschnitt, während er die abwartende Behandlung höchstens dann als zulässig erachtet, wenn dauernde sachgemäße Aufsicht vorhanden ist. Gestützt werden diese Forderungen durch die Resultate der Behandlung von 11 Fällen von Bauchschüssen, die in der Heidelberger Klinik seit 1882 aufgenommen waren. 3 derselben sind konservativ behandelt worden; davon kam eine Schussverletzung des Magenfundus davon, während ein Darmschuss und ein Fall von Leber- und Aortaverletzung im Collaps zu Grunde gingen. Von den 8 Operirten wurden 5 (3, 13, 23, 24 und 40 Stunden post trauma laparotomirt) geheilt, starben 3 (1 Böllerschussverletzung und 2 vorher außerhalb der Klinik mit Eis und Opium behandelte und mit Peritonitis aufgenommene); die ersteren 5 wären ohne Operation verloren gewesen.

Kramer (Glogau).

---

2) **E. Rose.** Die offene Behandlung der Bauchhöhle bei der Entzündung des Wurmfortsatzes.

(Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 528; Bd. LVIII. p. 13, p. 231, p. 513; Bd. LIX. p. 113.)

R. legt in 5 über 3 Bände der Zeitschrift verstreuten Artikeln seine Stellungnahme zur chirurgischen Behandlung der Wurmfortsatzentzündung dar. Dieselbe ist, wie schon aus einer Äußerung des Verf. auf dem Chirurgenkongresse von 1899 bekannt war, eine der frühzeitigen Operation günstige, und da R. über ein nicht geringes einschlägiges Material verfügt, das hier wenigstens theilweise ausgewählt in Ausführlichkeit mitgetheilt wird, ist die Arbeit von Wichtigkeit. Doch ist die ganze Art der Darstellung in mancher Hinsicht wenig erquicklich und hinterlässt auch nach eingehender und wiederholter Durchsicht (wenigstens ist dem Ref. es so ergangen) keinen sehr befriedigenden Eindruck.

Abgesehen davon, dass man zum Studium des Berichtes 3 Bände zur Hand nehmen muss, stört, dass R. die neuere Appendicitislitteratur gänzlich ignorirt und bei der Gruppirung des Stoffes eine neue Eintheilung und Nomenklatur der Krankheitsbilder aufstellt, die, wie schon der Titel der Abhandlung, zwar sehr originell, aber auch sehr weitläufig und schwerfällig, trotzdem aber unzweckmäßig erscheint, da oft in einer Gruppe sehr differente Fälle zusammengestellt werden. Aus diesem Grunde ist der Vergleich von R.'s Principien und Resultaten mit denen anderer Autoren erschwert und unbequem. R. theilt die Krankheitsformen folgendermaßen ein:

1) Die frische heftige Wurmfortsatzentzündung (Appendicitis s. Skolekoiditis vehemens recens). Hier sind Fälle ge-

meint, bei denen es sich nach gewöhnlicher Sprechweise um erste Anfälle akutester Art handelt. Unterabtheilungen: brandige Entzündung mit und ohne Perforation, verschwärende Entzündung, Entzündung in Folge von Eiterung und »Diphtheritis« des Wurmfortsatzes.

2) Die frische bedachtsame Wurmfortsatzentzündung (Skolekoiditis recens lenta), wozu erste Anfälle mit protrahirterem Verlaufe gezählt werden. Unterabtheilungen: a. die frische bedachtsam wachsende Form (Skolekoiditis lente crescens), b. die schnell steigende Form (Skolekoiditis recens lenta candescens), c. die milde Form (Skolekoiditis mitis).

3) Die alte Wurmfortsatzentzündung (Skolekoiditis recrudescens), worunter Beobachtungen zusammengestellt sind, bei denen es sich um spätere, Recidivanfälle handelt. Varietäten: heftige Form ohne Perforation, heftige brandige Form, heftige geschwürige Form, »die bedachtsam schnell steigende« Form(!), die bedachtsam langsam wachsende Form.

4) Die verschleppte Wurmfortsatzentzündung und ihre Folgen (Skolekoiditis tardata). Unter dieser Abtheilung finden sich lauter Fälle mit Fisteln oder Gangrän außerhalb des Processus, meist im Blinddarme, oder auch starker Schwielenbildung.

Die von R. gegebene Krankheitseintheilung beruht also wesentlich auf rein klinischen Unterscheidungsmerkmalen. Als charakteristisch für Gruppe 1 hebt er, außer plötzlichem Beginne, bei leichtem Fieber besonders anhaltendes Erbrechen hervor. Bei Gruppe 2 wird das Späterbrechen hervorgehoben, das neben der Ausbildung örtlicher Erscheinungen als Signal zur Operation dienen soll. Bei den Fällen 1 kann die Operation nicht früh genug vorgenommen werden, am besten in den ersten 3 Tagen, bei den Fällen 2 in der ersten Hälfte der 2. Woche, wenn dann von dem Wurmfortsatzleiden noch irgend etwas nachweisbar ist. Ähnliches gälte bei Gruppe 3, wo am besten jedes Anzeichen, dass die Krankheit nicht erloschen, sondern aufs Neue aufzuflackern droht, den Eingriff indiciren soll. Bei Gruppe 4 geben meist nach geschehener Operation eintretende Kothfisteln Anlass zu weiteren Maßnahmen.

Als für die fraglichen Erkrankungen erforderliche Operationen zählt R. — wieder mit stark absonderlicher Namengebung — auf 1) die einfache Incision, 2) die Amputation, 3) die Exstirpation mit Übernähung (die Typhlorrhaphie), 4) die Amputation des Blinddarmes und 5) die Exairese. Eine einfache Abscessincision hält R. für nur selten ausreichend. Er ist fest überzeugt, dass sich mit oder vor dem Kothabscesse Peritonitis bildet. Er will desshalb immer die Bauchhöhle öffnen und nachsehen, ob sie betheiligt ist. Also großer Schnitt von der Mitte der Lende bis zur Linea alba zwischen Nabel und Symphyse. Därme zurückhalten. Suchen nach dem Wurmfortsatze mit Lösung und Heraushebung des Blinddarmes. Doch werden auch Medianschnitte, linksseitige, so wie hufeisenförmige Querschnitte

unter Umständen gemacht. Des Wurmfortsatzes soll man immer Zwecks Amputation habhaft zu werden suchen. Etwa vorgefundene kleinere Löcher im Blinddarme werden übernäht (»Typhlorrhaphie«), bei ausgedehnterer Blinddarmgangrän wird dieser exstirpirt (»Coecum-amputation«). Als Exairese, »Ausweidung« des Wurmfortsatzes, wird dessen Entfernung bezeichnet, falls sie starker Verwachsungen wegen nicht typisch glatt, sondern nur unvollkommen mit Zurückbleiben der peritonealen Umhüllung ausführbar war. Hinzuzufügen ist noch, dass bei Bauchfelleiterung die Bauchhöhle stark mit Salzwasser irrigirt zu werden pflegt, und dass die Wunden offen und mit Tampongaze und Drains nachbehandelt werden. R. hebt hervor, dass die allgemeine Peritonitis ohne diffuse Darmverwachsungen heilen kann. Gegen die Opiumbehandlung wird sehr scharf zu Felde gezogen, als häufigste Ursache der Erkrankung die Stuhlverstopfung angesehen.

Über die von R. erzielten durchschnittlichen Resultate ist schlecht ein Urtheil zu finden, da er selbst hierauf nicht näher eingegangen ist, in die Arbeit aber, wie bereits erwähnt, nicht sämmtliche Beobachtungen aufgenommen sind. Verf. spricht von ungefähr 100 Fällen von Wurmfortsatzentzündung, bei denen er operirt hat, er giebt aber nur 68 Krankengeschichten. Die letzteren weisen, wie eine vom Ref. angestellte Zählung ergiebt, 32 Heilungen und 36, also etwas über die Hälfte, Todesfälle auf. Die Revision der Krankengeschichten ergab dem Ref., dass die Todesursache meist Peritonitis, und zwar meistens oder immer wohl eine schon zur Zeit der Operation vorhandene war. Andererseits betreffen die geheilten Fälle größtentheils solche, die von allgemeiner Peritonitis frei waren. In allen von R. gemachten Krankheitsgruppen finden sich eben die sonst von den Autoren doch stets thunlichst streng aus einander gehaltenen Fälle abgekapselter Abscesse und weiter verbreiteter Bauchfelleiterung bunt durch einander zusammengestellt, was Ref. nicht für zweckmäßig halten kann. Von der einfachen Appendektomie im anfallsfreien Intervall ist überhaupt nicht die Rede, obwohl einige der geheilten Fälle als solche wohl bezeichnet werden könnten. Im Gegentheil erklärt R. die ganze Lehre von den wiederholten Anfällen der Krankheit für falsch und wartet meist zur Wurmfortsatzentfernung das Verschwinden der wichtigsten Krankheitserscheinungen nicht ab. Andererseits aber überlässt er die »leichten Fälle von frischer, bedachtsamer Wurmfortsatzentzündung« der inneren Therapie, da sie »selbstverständlich« kein Gegenstand der Chirurgie seien.

Trotzdem die Abhandlung mancherlei werthvolle Beobachtungen und Betrachtungen enthält, fordert sie nach dem Gesagten doch vielerorts eine opponirende Kritik heraus. Die sonderbare Nomenklatur und Klassificirung dürfte wenig Aussicht haben, Beifall und allgemeine Aufnahme zu finden. Auch die meist höchst energische Ausführung des Operationsaktes, das regelmäßige primäre Aufsuchen des Wurmfortsatzes, zu welchem ausgedehnte Lösungen von

Netz- und Darmadhäsionen nicht gescheut werden, die häufig absichtlich vorgenommene freie Eröffnung der Bauchhöhle trotz nur vorhandener abgekapselter Abscessbildung wird sicher nicht jeder Fachchirurg, geschweige denn ein auch chirurgisch thätiger praktischer Arzt nachzuahmen sich versucht fühlen. Immerhin ist anzuerkennen, dass R. den Nachweis erbracht hat, dass häufig genug die vom Wurmfortsatz ausgehende Eiterung einer frühzeitigen Operation bedürftig ist. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

3) **Villard** et **Vignard.** Phlébite du membre inférieur gauche et appendicite.

(Revue de chir. 1901. No. 1.)

Das außerordentlich vielgestaltige Bild der Appendicitis mit ihren zahlreichen Fernwirkungen wird um eine Komplikation bereichert: die Thrombose der linken Vena femoralis.

Verff. hatten Gelegenheit, dieses Ereignis 2mal als sehr ernste Theilerscheinung der Appendicitis zu beobachten, und fügen 2 Fälle von Terrier bezw. Poncet hinzu. Die 4 Krankengeschichten sind zum Theil ausführlich mitgetheilt.

Es muss in der That eigenartig erscheinen, dass es fast ausnahmslos die linke Femoralis ist, die von der Thrombose nach Appendicitis betroffen wird. Roux hat in mehreren Fällen von Thrombenbildung ebenfalls dies vorwiegende Befallensein der linken Seite feststellen können.

Die Erklärung hierfür ist nicht leicht zu geben. Eine primäre Allgemeininfektion mit nachträglicher Lokalisation in der Appendix nach der Annahme von Gabuloff, Tripier, Sahli etc. scheint durch dieses Vorkommnis geradezu widerlegt zu werden. Eben so wenig ist ein direkter Zusammenhang anatomischer Natur zu finden. Die meiste Wahrscheinlichkeit hat die Annahme für sich, dass eine von der Appendix ausgehende Allgemeininfektion öfters die auch sonst zur septischen Thrombose prädisponirte Vena femoralis sinistra zuerst trifft. **Christel** (Metz).

---

4) **J. Lauper.** Beiträge zur Frage der Peritonitis tuberculosa.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 281.)

L. veröffentlicht die seit 1884 in der Kocher'schen Klinik und Privatklinik behandelten 22 Fälle. Dieselben werden in Krankengeschichten mitgetheilt, wobei meist eine Skizze des Bauches mit Einzeichnung der Geschwulst- bezw. Exsudatgrenze beigefügt ist. Dann folgt kurze Allgemeinbesprechung.

Von den 22 Kranken waren 16 weiblichen, 6 männlichen Geschlechtes, ein Vorwiegen der Weiber, das auch sonst schon bekannt und mit Wahrscheinlichkeit auf die weibliche innere Genitaltuberkulose zu beziehen ist. Dem Alter nach fallen die meisten Erkrankungen auf die 2. Hälfte des 2. Decenniums, nur 2 Fälle unter



15 Jahren und 2 über 45. Hereditäre Belastung in 40% nachgewiesen. Das Leiden entwickelt sich chronisch-schleichend unter Leibesschwellung, wobei Schmerzen in irgend einer Form nicht zu fehlen pflegen. Gastro- intestinale Störungen, Störungen der Menses und Urinsekretion, Abmagerung etc. bilden den weiteren Verlauf. Fieber kann hinzutreten oder auch fehlen. Die Krankheit ist in gewissem Grade einer Spontanheilung fähig. So nahmen von 8 nicht operirten Fällen 4 einen günstigen Verlauf. Doch ist im Allgemeinen die Laparotomie vorzuziehen, und zwar auch bei den trockenen, adhäsiven Erkrankungsformen. Von Kocher's 14 operirten Kranken genasen bezw. besserten sich 10 = 70%, während 4 = 28% innerhalb eines Jahres gestorben sind. Besonders befriedigend war der Heilungsverlauf bei 3 Kranken, bei denen die Laparotomie die Ausrottung des tuberkulösen Primärherdes, d. h. der tuberkulösen Tuben nebst Ovarien gestattete. Die Laparotomie an sich kann als gefahrlos angesehen werden. Die Rekonvalescenz wird durch gute hygienisch-diätetische Pflege so wie durch antituberkulöse Medikation (Kreosot) befördert. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

5) **W. Koch** (Dorpat). Wann entstehen und was bedeuten Eingeweidebrüche des Rumpfendes?

(Virchow's Archiv Bd. CLXIV.)

Wie in seinen früheren Arbeiten, so versucht Verf. auch in dieser den Nachweis zu liefern, dass alle Eingeweidebrüche im und am Becken angeboren seien. Er stützt seine Theorie auf vergleichend anatomische Betrachtungen, indem er sagt, dass die Hernien Theilerscheinungen eines Darmaufrisses sind, dem wir bei gewissen Primaten, sehr viel seltener bei Ursäugern, bezw. den ihnen verwandten Insecti- und Carnivoren begegnen, die ferner gebunden sind an Stellen, an welchen bei niederen Thieren und einzelnen Vertebraten Exkretionslücken, Pori, liegen. Die Thatsache, dass der Descensus testiculorum auch durch den Cruralkanal und direkt zum Darme stattfinden kann, ferner dass ischiadische und obturatorische Brüche mit Ovarien und Uterus als Inhalt, innere Leistenbrüche mit der Blase und Blasenbrüche in die Scheide vorkommen, spricht nach des Verf. Ansicht für seine Theorie. Denn »alle diese Brüche haben Bauchfelltaschen um oder wenigstens neben sich; sie drängen also alle, trotz des inzwischen reicher differenzirten Rumpfendes und trotz des vervollständigten Beckens, zum Darme, zum After und zur Vagina eben so hin, wie die Pori der Prämammalien«.

Durch seinen Schüler Harms hat Verf. an 58 Leichen die inguinalen Gruben genauer untersuchen lassen; es fand sich hierbei, dass die Fovea media durchschnittlich am geräumigsten war; crurale, obturatorische und ischiadische Gruben ließen sich, wenn nicht jedes Mal, so doch oft, und zwar genau an den Stellen nachweisen, durch welche sonst die gleichnamigen Eingeweidebrüche hindurchgehen; 14mal fand H. leere Bruchsäcke.

Verf. nimmt danach an, dass die Bruchsäcke in die Periode der Entwicklung gehören; sie werden angeboren und sind von der Bauchpresse vollkommen unabhängig; sie haben aus der Entwicklungsperiode die bleibende Fähigkeit sich erhalten, gegen die Oberfläche kanalförmig auszuwachsen. Als Beweis hierfür wird der Processus vaginalis angeführt, welcher beim Menschen wie beim Thier ausschließlich eine Leistung des Bauchfelles sei und nicht durch irgend welchen äußeren Anstoß bedingt werde. Als Beweis, dass z. B. der Bruchsack der Hernia inguinalis keine Neubildung späterer Zeit wäre, welche mechanisch nach abwärts gedrängt würde, dient dem Verf. die Thatsache, dass derselbe regelmäßig so innig mit dem Samenstrange verwachsen sei, wie dies nur beim angeborenen Bruche vorkomme.

Dass die Bauchpresse auf die Entstehung eines Bruches keinen Einfluss habe, wird an 2 Beispielen von jungen Männern zu erläutern gesucht, die eine Diastase der Mm. recti abdominis haben, bei welchen sich aber trotz starker Wirkung der Bauchpresse keine Hernie ausbildete.

Zum Schlusse geht Verf. noch zur Therapie der Leistenbrüche über, die er auch geändert wissen will, und bespricht schließlich noch kurz die Hernia diaphragmatica. Von dieser sagt er, dass gerade bei ihr sich zeigen lässt, dass der Eingeweidebruch von vorn herein nichts Pathologisches, dem Messer Verfallenes ist. »Denn so wenig wir von den klinischen Verhältnissen der Hernia diaphragmatica wissen, so sicher wissen wir, dass sie krankhafte Erscheinungen durchschnittlich überhaupt nicht, sondern nur ausnahmsweise, gegen Ende des oft langen Lebens macht. Desswegen entdecken die Anatomen, nicht die Kliniker den Bruch, und desswegen ist er, auf wie Verschiedenes er hinweist, zunächst doch zweckmäßig und vernünftig, obschon keine gewöhnliche menschliche Einrichtung, — eine thierische Wiederholung, mit welcher sich leben lässt. Versagt einmal das Getriebe, so darf das, eben so wenig wie die Erkrankung des Dickdarmes im Bruchsacke oder die Erkrankung des spiralig gedrehten und geknickten Coecum ascendens, sofort als Strangulation und als Ileus, im Sinne vollkommener Darmsperrung aufgefasst werden. Denn meistens findet sich nicht dieser Verschluss, sondern nur die übrigens langer Hand vorbereitete Enteritis, welche nicht selten zur Durchblutung und dann zum Brande des Darmes führt.«

Fertig (Göttingen).

---

6) **J. Vitrac.** Ektokelostomie. Deplacement du sac herniaire, suivi de sa marsupialisation, pour permettre à la foix, dans les hernies infectées, le drainage de la cavité péritonéale et la cure radicale de la hernie.

(Revue de chir. 1901. No. 1.)

Um in den Fällen von Brucheinklemmung, wo sich in der Bauchhöhle bezw. in der Umgebung der Bruchpforte verdächtiges

Exsudat angesammelt hat, gleichzeitig die Radikaloperation und die Drainage des inficirten Herdes ausführen zu können, hat V. folgendes Verfahren ersonnen bezw. in 2 Fällen ausgeführt:

Der Bruchsack wird völlig und ausgiebig frei präparirt; wie nach Barker-Kocher wird sodann zwischen Peritoneum und präperitonealem Gewebe ein Tunnel nach aufwärts mit dem Finger gegraben und über der Fingerkuppe die Bauchwand eingeschnitten. Nach völliger Lösung aller Verwachsungen, Reposition des Inhaltes, Reinigung wird sodann der Bruchsack mittels einer Klemme durch den Tunnel geleitet und mittels einiger Fadenschlingen, die zugleich der nachträglichen Schließung dienen sollen, in der neuen Öffnung festgeheftet; ein Drainrohr wird von hier aus in die Bauchhöhle vorgeschoben und dann die Bruchpforte methodisch verschlossen.

Hält man sich beim Unterminiren genau ans Bauchfell, wird die Verletzung der Epigastrien sicher vermieden. Je nachdem Hernia inguinalis oder cruralis vorliegt, wird man nach außen oder nach innen von der Art. epigast. den Tunnel graben. Die günstigsten Aussichten auf Vermeidung späterer Bauchhernien bietet die Anlage der Drainageöffnung nach außen von der Arterie, weil hier eine mehrfache Decke von Muskeln den Kanal umschließt.

Christel (Metz).

---

7) **Boland.** The woollen yarn truss in infantile inguinal hernia.

(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 7.)

Empfehlung eines Stranges Wolle, der in entsprechender Länge aufgewickelt wird, als Retentionsmittel für angeborene Leistenbrüche kleiner Kinder. Der Strang wird um den Leib, über die ergriffene Leiste, von da unter den gleichseitigen Schenkel durch in der Glutaealfalte nach dem Rücken verlaufend angelegt. Er hält durch seine Elasticität den reponirten Bruch zurück, ist reizlos, billig und überall leicht zu beschaffen.

Trapp (Bückeburg).

---

8) **B. G. A. Moynihan.** On hour-glass stomach.

(Lancet 1901. April 27.)

Verf. stellt das erbliche Vorkommen des Sanduhrmagens in Abrede; die diesbezüglichen Fälle aus der Litteratur seien zweifelhaft, was er zu beweisen sucht.

Als Ursache des erworbenen Sanduhrmagens sind besonders anzusehen:

1) perigastrische Verwachsungen,

2) ein Geschwür mit lokaler Perforation und Verwachsung mit der vorderen Bauchwand,

3) ein Geschwür mit folgender Narbenstrangbildung,

4) ein Carcinom.



Es wird eine ausführliche Zusammenstellung der Symptome des Sanduhrmagens gegeben; die charakteristischsten, einzeln oder zusammen vorkommend, sind:

1) Scheinbares Verschwinden von Flüssigkeit, die durch die Schlundsonde eingeführt ist, wie wenn sie durch ein Loch abfließe (Wölfler).

2) Nach vollständig reiner Ausspülung des Magens ein plötzlicher Strom schlecht verdauten, in Zersetzung begriffenen Inhaltes (Wölfler).

3) Die auffallende Erweiterung und das Plätschergeräusch im Pylorustheile des Magens nach Aushebern des Inhaltes im kardialen Theile (Jaworski).

4) Beim Einlaufenlassen von Flüssigkeit oder gasförmiger Aufblähung die im linken Epigastrium sichtbare Erweiterung des kardialen Theiles, die allmähliche Abnahme derselben und damit entstehende Erweiterung des Pylorustheiles im rechten Epigastrium (v. Eiselsberg).

5) Ein während dieser Periode hörbares gurrendes Geräusch, in der Mitte des Magens zu auskultiren (v. Eiselsberg).

6) Beim Auffüllen mit Kohlensäure eine bedeutende Zunahme der vorher genau perkutirten Magengrenzen; daneben noch deutlich ein kleinerer Magenabschnitt zu perkutiren, der sich nach links hin verschmälert und an dieser Stelle deutlich die beschriebenen auskultatorischen Zeichen giebt (Verf.).

7) In seltenen Fällen nach Auffüllen mit Kohlensäure Entstehen einer sichtbaren Einschnürung (Schmidt-Monard).

Verf. stellt die in Betracht kommenden Operationsmethoden mit specieller Indikationsstellung zusammen; ferner bringt er eine genaue Tabelle von 32 Fällen aus der Litteratur und 6 eigenen von operirten Sanduhrmagen. **F. Kraemer** (Berlin).

---

9) **A. Nannotti.** Ricerche sperimentali sulle esclusioni complete ed incomplete del colon.

(Clinica moderna 1901. No. 7.)

Verf. hat in einem Falle von schwerem chronischen Dickdarmkatarrh, der jeder inneren Therapie trotzte und bereits einmal zu Symptomen von Darmverschluss mit peritonitischen Reizerscheinungen geführt hatte, mit gutem Erfolge die Anastomose des Dünndarmes, 15 cm oberhalb der Ileocoecalklappe, mit der Flexura sigmoidea mittels des Murphyknopfes ausgeführt; Behufs vollkommener Ausschaltung des erkrankten Darmes schnürte er noch unterhalb der Anastomose die abführende Dünndarmschlinge mittels Serosanähten zusammen. N. hat nun an Hunden den Einfluss, den die vollständige Ausschaltung des Dickdarmes auf den Organismus ausübt, nachgeprüft. (Er durchtrennte den untersten Ileumabschnitt quer, vernähte den peripheren Stumpf und pflanzte das zuführende Ende in den Mastdarm.) Dabei konstatirte er, dass sich bei den Versuchs-

thieren die anfänglichen unbedeutenden Ernährungsstörungen alsbald ausglichen. Verf. ist somit (vielleicht mit zu großem Optimismus, d. Ref.) geneigt, bei verzweifelten Fällen von Enterocolitis, die jeder inneren Therapie trotzen, die vollständige Ausschaltung des Dickdarmes zu empfehlen. **A. Most** (Breslau).

---

10) **E. Payr.** Beiträge zur Technik einiger Operationen am Dickdarme.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 254.)

Um nach Amputationen oder Resektionen des Mastdarmes das heruntergeholte Colon vor dem After zu befestigen, benutzte Nicoladoni einen Silberdrahtring (dieses Centralbl. 1897 No. 35), ein Verfahren, das sich bewährt und Nachahmung gefunden hat. P. ersetzte den Drahtring durch einen besonders stark konstruirten Murphyknopf. Der männliche Theil desselben wird auf den Darmstumpf applicirt und hindert diesen am Zurückgehen nach oben, die weibliche Hälfte ist in eine zeigefingerdicke Kanüle verlängert, durch welche Defäkation und Injektionen stattfinden können. Dieselbe kann auch noch mit einem Gummirohre versehen werden und lässt sich zwischendurch wasserdicht verstopft halten, so dass Kothverunreinigungen umgehbar sind. Die Methode hat sich wiederholt bewährt, der Knopf fiel nach 7—8 Tagen ab. Dasselbe Instrument hat P. in analoger, nur den anatomischen Wundverhältnissen gemäß abgeänderter Weise bei Kolotomien bezw. Kolostomien 7mal mit befriedigendem Verlaufe angewendet. Der männliche Knopftheil kommt dann in das Darminnere, sei es, dass der Darm quer durchtrennt, sei es, dass er nur seitlich an seiner Konvexität gefenstert war; der weibliche Theil fasst von den Bauchdecken Peritoneum und Fascia transversa. Auch hier wurde die Kanüle desselben zum Kothaustritte benutzt. Die Methode ist einfach, rasch ausführbar, sicher und sauber.

Schließlich publicirt P. einen noch nicht praktisch erprobten Vorschlag zur Herstellung einer plastischen, aus Haut gebauten Verschlusspelotte für einen widernatürlichen After. Es wird über der Gegend des anzulegenden Kunstafters ein 7—8 cm breiter, 15—18 cm langer Hautlappen an einer Schmalseite gestielt, umschnitten und frei gemacht. Er wird sofort »gedoppelt«, so dass ein von beiden Seiten Haut tragender beweglicher Deckel entsteht, welcher später die künstliche Afteröffnung zu schließen bestimmt ist.

Einige Abbildungen zeigen P.'s modificirten Murphyknopf, dessen Applikation am natürlichen Afterringe so wie nach Kolostomie, ferner auch die Schnittführung zu dem geplanten lebendigen Schlussdeckel für Kolostomie. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

11) **J. B. Murphy.** Resection of the rectum per vaginam.
(Philadelphia med. journ. 1901. Februar 23.)

Nach eingehender Würdigung der bisher veröffentlichten Fälle von Mastdarmresektionen durch die Scheide theilt M. 4 Fälle mit, bei denen er mit gutem Erfolge von der Scheide her die carcinomatöse Partie entfernte. An der Hand von Abbildungen geht Verf. dann des näheren auf die Technik ein: Dilatation der Scheide mit breitem Speculum, Vorziehen der Cervix und Eröffnen des hinteren Douglas durch Querschnitt wie bei vaginaler Hysterektomie. Eingeführte Schwämme halten die Eingeweide vom Operationsfelde zurück. Trennung der Mastdarm-Scheidenwand in der Mittellinie von der Eröffnungsstelle im Douglas an bis zum Sphincter ani einschließlich Abpräpariren der hinteren Scheidenwand von ihren Verbindungen mit dem Mastdarme. Nachdem man auf diese Weise sich den letzteren frei gelegt hat, erfolgt Spaltung desselben vom Sphinkter an bis zum unteren Rande der Geschwulst in der Mittellinie, hierauf quere Durchtrennung des Mastdarmes im Gesunden. Vorziehen des proximalen Endes, Loslösen der koccygealen und postrectalen Verbindung bis zum Promontorium hinauf und Amputation oberhalb der Geschwulst. Vereinigung des sigmoiden und Sphinkterenabschnittes durch Seidennähte; und zwar werden die Nähte von innen nach außen angelegt, die Fäden selbst lang gelassen und zum After herausgeleitet. Es kommen auf diese Weise die Knoten der Fäden an der Innenseite des Darmes zu liegen. In ganz gleicher Weise Schluss des Längsschnittes in der vorderen Mastdarmwand, der Sphinkter wird durch ein paar versenkte Nähte geschlossen. Naht der Bauchhöhle mit Katgut nach Entfernung der Schwämme und exakte Vereinigung des Scheidenlängsschnittes. Einführung eines dicken Gummidrains in den Mastdarm.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

---

12) **F. E. Italia.** Sulla genesi dei calcoli biliari. Ricerche istologiche, chimiche e sperimentali.
(Policlinico 1901.)

I. bekennt sich auf Grund seiner Untersuchungen bezüglich der Ätiologie der Gallensteine zu den Vertretern der Infektionstheorie. Er hat eine Reihe von Experimenten mit Typhus- und Colikulturen ausgeführt, und zwar sowohl in vitro (mit Ochsengalle), als auch in einer größeren Anzahl von Thierversuchen an Hunden und Kaninchen. Dabei ist es ihm gelungen, Ausfällungen und — in der Gallenblase der Versuchsthiere — sogar Konkremente zu erzeugen, welche den Gallensteinen des Menschen analog sind. Die Resultate seiner Untersuchungen lassen sich kurz in Folgendem zusammenfassen: Abgeschwächte Coli- und Typhuskulturen sind im Stande, in der stehenden Galle eine saure Reaktion hervorzurufen, durch welche eine Ausfällung von Cholesterin stattfindet, die sich vermittels des

von der entzündeten Schleimhaut abgesonderten Schleimes zu Konkrementen zusammenkittet, welche makroskopisch, mikroskopisch und chemisch die Eigenschaften der menschlichen Gallensteine zeigen. (Einbringung virulenter Coli- und Typhusbacillen in die Gallenblase des Versuchsthieres bewirkt den Tod des letzteren.) Abgestorbene Bacillen und ihre Stoffwechselprodukte sind nicht im Stande, eine derartige Steinbildung zu veranlassen. Eine Gallenstauung ist im Experimente zur Erzeugung von Konkrementen nicht erforderlich. Als Infektionsbahn bezeichnet I. lediglich die Gallenwege; auf diesen würden die Keime in abgeschwächtem Zustande in die Blase gelangen.

A. Most (Breslau).

13) **Beck.** The representation of biliary calculi by the Röntgen-rays.

(New York med. journ. 1901. März.)

Gallensteine sind durch Röntgenstrahlen nachweisbar bei richtiger Technik. Gemischte und reine Bilirubinkalksteine geben die besten Bilder. Die Hauptsache für ihre Darstellung ist eine richtige Röhre, welche die Weichtheile gut, dagegen festes Gewebe nur gering durchleuchtet. Zur Aufnahme soll der Kranke mit der Lebergegend auf der Platte liegen, die Röhre soll etwas seitlich angebracht sein, dass die Strahlen mit etwa 70° auf die Platte treffen; die Steine werden zwar größer, als sie sind, dargestellt, aber deutlicher. Damit die Gallenblase möglichst nahe an die Platte kommt, werden unter die Schlüsselbeine Kissen gelegt, um den Rumpf etwas anzuheben. Das Bild zeigt nicht nur Steine der Blase, auch die im Gallengange und umliegenden Lebergewebe. Man kann sich vor operativer Behandlung überzeugen, ob letztere nöthig ist. Bei kleinen Steinen soll erst auf medicinischem Wege ihre Entfernung versucht werden. Eine Reproduktion, welche die Steine deutlich zeigt, ist beigefügt.

Trapp (Bückeburg).

Kleinere Mittheilungen.

(Aus dem Knappschaftslazarette Sulzbach-Saar. Dirig. Arzt Dr. Brauneck.)

Darmblutung nach Reposition incarcerirter Hernien.

Von

Dr. **Bergmann,** Assistenzarzt.

In letzter Zeit wurde die Aufmerksamkeit von verschiedenen Seiten auf ein bisher anscheinend selten beobachtetes Vorkommnis nach Reposition einer incarcerirten Hernie gelenkt, nämlich auf die hiernach zuweilen auftretende Darmblutung. In umfassender Weise beschäftigt sich mit diesem Thema Preindlsberger in der Wiener klin. Wochenschrift 1901 No. 14. Die von ihm beobachteten Fälle entsprechen einem ganz bestimmten Typus, den er als den Typus Schnitzler[1] bezeichnet, da von diesem zuerst derartige Darmblutungen unter einem bestimmten

[1] Schnitzler, Internat. klin. Rundschau 1894. No. 14, ref. nach Preindlsberger.



Krankheitsbilde zusammengestellt wurden. Wir hatten im hiesigen Lazarette Gelegenheit, einen dem Schnitzler'schen Krankheitsbilde analogen Fall zu beobachten, und erlaube ich mir, diesen Fall in Kürze mitzutheilen.

Der Bergmann J. S., 33 Jahre alt, der seit mehreren Jahren an einem linksseitigen Leistenbruche litt, glitt am 31. December 1899 während der Arbeit auf einer Schiene aus und fiel mit dem Leibe auf einen Holzstempel. Obwohl er sofort heftige Schmerzen in der linken Leistengegend verspürte, beendete er seine Arbeitsschicht, um dann nach Hause zu gehen. Bald traten Durchfall und Erbrechen unter starker Steigerung der Schmerzen auf, auch bemerkte J. S., dass der vorhandene Leistenbruch sich vergrößert hatte. Vom herbeigerufenen Revierarzte wurde er sogleich ins Lazarett verwiesen, wohin er Nachmittags mit einem Wagen gebracht wurde.

Bei seiner Aufnahme wurde eine linksseitige incarcerirte Hernie festgestellt, deren Durchmesser 22:12 cm betrugen. Da Repositionsversuche ohne Erfolg blieben, wurde Abends 6 Uhr zur Herniotomie in Narkose geschritten. Nach Spaltung des Bruchsackes und des einschnürenden Ringes gelang es, die ungefähr 1 m lange vorliegende Dünndarmschlinge zu reponiren. Das Bruchwasser war klar, der Darm dunkelroth, ohne verdächtige Stellen. Der Bruchsack wurde zum Theil abgetragen, die Operation nach Czerny vollendet; die Hautwunde wurde nach Einlegen eines tamponirenden Jodoformgazestreifens geschlossen und ein Verband angelegt. Es wurde sodann eine Eisblase aufgelegt und 20 Tropfen Tinct. opii verabreicht. Abends 10 Uhr trat plötzlich ohne Schmerzen diarrhöische Stuhlentleerung auf, die zum größten Theil aus dünnflüssigem Blute bestand. Es wurde abermals Tinct. opii gegeben, doch trat während der Nacht noch einmal Stuhlentleerung auf, die aber dies Mal fast nur aus reinem Blute bestand; diese letztere Blutmenge betrug über $^1/_2$ Liter. Der Puls blieb trotz des großen Blutverlustes leidlich gut. Am folgenden Tage war das Allgemeinbefinden gut, die Temperatur normal, Erbrechen und Stuhlentleerung traten nicht auf. Es wurden 2mal 10 Tropfen Tinct. opii gegeben. Am 3. Januar 1900 betrug die Morgentemperatur 38°; es wurde an diesem Tage normaler Stuhl ohne Blutbeimengungen entleert; Abends sank die Temperatur wieder zur Norm ab. Der weitere Verlauf war ein ungestörter; am 21. Januar war die Operationswunde vernarbt; am 31. Januar wurde Pat. geheilt entlassen.

Die von Preindlsberger und Schnitzler mitgetheilten Fälle zeigten folgende mit unserem Falle gemeinsamen Symptome: Es handelte sich um große, verhältnismäßig kurze Zeit incarcerirt gewesene Hernien; die Blutung trat bald nach der Reposition auf (in unserem Fälle 4 Stunden). Wir können also unseren Fall dem Schnitzler'schen Typus angliedern.

Auf die für die Darmblutungen gegebenen Erklärungen will ich nicht näher eingehen; dieselben sind von Preindlsberger genauer gewürdigt worden. Ich möchte mich aber der von Letzterem geäußerten Ansicht anschließen, dass die, wie Nicaise[2] angiebt, zuerst in der Schleimhaut des incarcerirten Darmes sich geltend machenden Ernährungsstörungen die Arterienwandungen so weit schädigen, dass dieselben für den neu andrängenden arteriellen Blutstrom passirbar werden und so eine arterielle Darmblutung entsteht.

---

14) Jacobelli. Trentadue casi di ferite penetranti curate con l'intervento.

(Policlinico 1901. No. 1 u. 2.)

Kurze Mittheilung von 32 Krankengeschichten penetrirender Bauchverletzung, alle operirt mit folgendem Resultate: 10 explorative Laparotomien, alle geheilt; 17 Schnitt- und Stichwunden, 4 gestorben; 4 Schusswunden, 4 gestorben.

---

[2] s. Tietze, Archiv für klin. Chirurgie Bd. XLIX, ref. nach Preindlsberger.



Es befinden sich darunter Verletzungen der Lunge, Leber, Milz, der Därme. Letztere und eine Verletzung von Leber und Magen gaben die 4 Todesfälle.

Folgt eine Auseinandersetzung über die Berechtigung der Laparotomie, für die J. in allen Fällen warm eintritt. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

15) **Auvray.** Traitement chirurgical des perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris T. III. No. 1.)

Die 3 einschlägigen Beobachtungen des Verf. betreffen zuerst einen Knaben von $11^1/_2$ Jahren, bei dem 48 Stunden nach der Perforation laparotomirt wurde. Das Loch saß etwa 10 cm oberhalb der Klappe. Wenige Stunden später starb das Kind.

Im 2. Falle war der Zustand des Kranken bei der Operation so schlecht, dass von der Aufsuchung der Perforationsstelle abgestanden wurde. Bei der Autopsie wurde die Öffnung im Dünndarme 20 cm oberhalb der Klappe gefunden.

Im 3. Falle war Perforationsperitonitis angenommen worden; es hatte sich jedoch um Darmblutung bei schwerer Leberinfektion gehandelt. A. betont, dass die Diagnose der Perforation bei Typhus oft recht schwierig sei, zum großen Nachtheile der operativen Erfolge, welche nur bei frühzeitigster Ausführung des Eingriffes bezw. frühestem Erkennen des Sachverhaltes günstige werden können.

Christel (Metz).

16) **M. v. Cačković.** Beitrag zur Ätiologie des hämorrhagischen Erbrechens.

(Liečnički viestnik 1901. No. 6. [Kroatisch.])

Verf. beobachtete 5 Fälle von hämorrhagischem Erbrechen im Anschlusse an Bauchoperationen mit Peritonitis.

Im 1. Falle handelte es sich um Perforation einer Appendicitis, welche wegen der mächtigen Schwartenbildung für eine Neubildung angesehen wurde, so dass man von der Operation abstand. Am nächsten Tage Collaps, hämorrhagisches Erbrechen und Tod. Im 2. Falle wurde wegen Carcinom des Quercolon eine Ileocolostomie ausgeführt (Operateur Dr. V. Wikerhauser). Am 5. Tage hämorrhagisches Erbrechen, großer Meteorismus und Collaps. Belehrt durch den 1. Fall nahm Verf. eine Perforation an. In der Nacht Tod. Bei der Sektion wurde eine Perforation in der Naht gefunden. Im 3. Falle wurde bei einer brandigen Hernie wegen großer Schwäche und peritonitischer Erscheinungen ein Kunstafter angelegt. Am 3. Tage hämorrhagisches Erbrechen, am 5. Tod. Bei der Sektion wurde allgemeine Peritonitis gefunden. Im 4. Falle doppelte Incarceration durch Netzstränge, welche resecirt wurden. Am 3. Tage plötzlicher Collaps, hämorrhagisches Erbrechen und Tod. Sero-fibrinöse Peritonitis. Im 5. Falle mit seit 7 Tagen bestehendem Ileus und bestehender Peritonitis wurde eine macerirende Netzadhäsion resecirt. Am nächsten Tage Collaps, hämorrhagisches Erbrechen und Tod. Bei der Sektion wurde in der Tiefe an der Gekröswurzel eine 2. Einklemmung durch einen Netzstrang mit Darmgangrän gefunden. In allen Fällen ergab die Sektion Ekchymosen der Magenschleimhaut, einmal auch ein kleines Geschwür.

Durch diese Fälle findet Verf. seine Annahme bekräftigt, dass allgemeine Stase und Hyperämie in der Bauchhöhle Blutungen in den Magen bedingen könne, und zwar am ehesten bei der perforativen Peritonitis, welche sehr akut, furibund entstehe, wie dies besonders Fall 1 und 2 veranschaulichen. Im Falle 3 war das Blutbrechen nur eine Episode in der Entwicklung der schon bestehenden Peritonitis oder vielleicht nur ein Zeichen der Exacerbation derselben. Im Falle 4 war die Peritonitis nicht so bedeutend, dass sie so große Störungen hätte verursachen müssen; da glaubt Verf., dass auch die Netzunterbindungen dazu beigetragen haben. Im Falle 5 hat das hämorrhagische Erbrechen die schwere Schädigung im Bauchfelle und in den Darmwandungen bedingt.

Auf Grund der obigen Erörterungen kommt v. C. zu folgenden Schlüssen:

1) Hämorrhagisches Erbrechen kann im Verlaufe einer schweren Form von Peritonitis auftreten. Es ist ein positives diagnostisches Zeichen, wenn Verdacht auf eine Perforation in die Bauchhöhle bestehe.

2) Hämorrhagisches Erbrechen bei schwerer Peritonitis ist immer ein prognostisch sehr schlechtes Zeichen, und es tritt gewöhnlich als eins der letzten Symptome auf. (Selbstbericht.)

17) **Low.** Bacteriological report of one hundred cases of acute appendicitis.

(Med. and surg. reports of the Boston City Hospital 1900.)

Bakteriologisch untersucht wurden nur Fälle, die weniger als 3 Wochen hindurch klinische Symptome machten. Verf. erörtert besonders das Verhältnis der pyogenen Keime zu den Bakterien der Coligruppe. Während sich in Reinkultur der Streptococcus pyogenes nur in 2%, das Bacterium coli commune in 8% nachweisen ließ, fanden sich beide zusammen in 61%. In Fällen von unter 3 Tagen Dauer wurden der Streptococcus pyogenes in 81%, das Bacterium coli commune in 62%, in solchen von 2 oder 3 Wochen Dauer der Streptococcus in 55%, das Bacterium coli in 87% gefunden.

Verf. zieht den Schluss, dass das Bacterium coli erst als sekundärer Erreger eine Rolle spielt. Von den beiden akuten Fällen, bei denen sich nur das Bacterium coli fand, war der eine eine akute Periappendicitis ohne Eiter. Nur in einem einzigen Falle von typischer eitriger Appendicitis konnte Bacterium coli als einziger Erreger festgestellt werden.

Die Resultate anderer Untersucher, wie z. B. Kelly's, die weit öfter das Bacterium coli als Streptokokken fanden, erklärt Verf. daraus, dass nur Agar und Bouillon, für das Streptokokkenwachsthum unzureichende Nährböden, benutzt wurden. Als geeignetsten Nährboden für derartige Untersuchungen fand er ein Blutserum von ca. 0,3% Acidität für Phenolphthaleïn als Indikator.

Läwen (Leipzig).

18) **W. Kopfstein.** Bericht über 205 Operationen von Hernien.

(Časopis lékařů českých. 1901. No. 5.)

Vom 1. Oktober 1896 bis Ende 1900 operirte K. im Bezirkskrankenhause zu Jungbunzlau (Böhmen) 205 Hernien = 5,9% aller chirurgischen Eingriffe und 2,9% aller Erkrankungen. Die Brüche vertheilten sich folgendermaßen:

eingeklemmte Schenkel- und Leistenbrüche	105,
freie Schenkelbrüche	6,
freie Leistenbrüche	84,
Nabelbrüche	4,
Hernia epigastrica	5,
Bauchwandbruch	1.

Operirt wurden die freien Brüche stets, die eingeklemmten möglichst genau nach Bassini. Die Sterblichkeit betrug bei den eingeklemmten Brüchen durchschnittlich 17,3% (in frischen Fällen nur 12,6%, nach eingetretener Gangrän 50 bis 66,6%); bei den freien Brüchen starb von den Erwachsenen Niemand, von Kindern ein $2^1/_2$jähriger Knabe an Schluckpneumonie. Recidiv trat bei Erwachsenen (wegen schwerer körperlicher Arbeit) in 29,1%, bei Kindern in 4,7% der operirten Fälle ein. — Operirt wurde in solchen Fällen, wo der Bruch Beschwerden verursachte; als Kontraindikationen galten: Überschrittenes 50. Lebensjahr, Herzfehler, chronische Lungen-, Leber- und Nierenleiden und bösartige Geschwülste. — Bezüglich des Bruchinhaltes wäre hervorzuheben, dass er 4mal aus Blinddarm und Wurmfortsatz bestand, davon 2mal auf der linken Seite; der Wurmfortsatz war beide Male ungewöhnlich lang. **G. Mühlstein** (Prag).

19) **Fracassini.** Primo caso finoro conosciuto che dimostra la possibilità dell' ernia inguinale diretta nella donna.

(Policlinico 1901. No. 1 u. 2.)

Bei der Radikaloperation des Leistenbruches einer 21jährigen Frau fand sich als Inhalt des Bruches die rechte Tube, und zwar die schlingenförmig angebogene

mittlere Portion, lateral von den Vasa epigastrica und daneben, medial von ihnen, die Blase. Über das Verhältnis des Bruchsackes zu ihr ist nichts Genaues gesagt; sie scheint außerhalb desselben gelegen zu haben, da man nach Entleerung des Bruchsackes am Blasenbruche noch keine Resistenz gefühlt hatte.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

20) **P. Fredet.** Une pièce de hernie obturatrice.

(Revue de chir. 1901. No. 1.)

Die Hernie war zufälliger Leichenbefund bei einer etwa 40jährigen Frau. Der Bruch ist klein, und es ist nicht bekannt, ob er im Leben Beschwerden gemacht hat. Einige anatomische Einzelheiten sind von Interesse.

Das Orificium internum des Bruchkanales liegt zwischen Art. umbilicalis und Blase. Dieser folgt direkt dem Canalis obturatorius — also 1. Varietät.

Der Bruchsack besteht aus 2 Hüllen: die innere wird vom Peritoneum, die äußere von der Fascia praevesicalis (nicht endopelvina oder pectinea!) gebildet.

Besonderes Interesse verdient die Beziehung des N. obturatorius zur Hernie. An der Außenwand des Kanales verlaufend, wird er vor ihr her geschoben und auf ihr gespannt (il bride la hernie).

Aus diesen anatomischen Verhältnissen ergeben sich folgende Schlussfolgerungen:

Die Hernia obturatoria wird vermöge ihrer Beziehungen zur Fascia praevesicalis die Blase mit sich ziehen. Die hierdurch entstehenden Harnbeschwerden können leicht missgedeutet werden.

Bei operativen Eingriffen muss nach oben und außen die Art. obturatoria berücksichtigt werden.

Der N. obturatorius wird in den Anfangsstadien von der Hernie gespannt und gedehnt, daher Schmerzen und paralytische Störungen im Obturationsgebiete. Diese werden wieder verschwinden können, wenn der Bruch sich vergrößert und seinen Weg am Nerven vorbei genommen hat.

Schließlich kann das durch den Nerven gesetzte Hindernis die Veranlassung geben zur Ausbildung der 2. und 3. Varietät der Hernia obturatoria.

Christel (Metz).

21) **Demoulin.** Contribution à l'étude des hernies lombaires.

(Congrès des soc. savantes à Nancy 1901. April 9—13.)

Bei dem 55jährigen Pat. trat nach Heben einer schweren Last plötzlich ein Schmerz im Kreuze auf. Nach einigen Tagen Ruhe trat derselbe nur noch bei Rumpfbeugung auf, und Pat. bemerkte eine Geschwulst an der schmerzhaften Stelle. Im oberen Theile der rechten Lendengegend, und zwar in dem von der 12. Rippe und dem äußeren Rande des Sacrolumbalis gebildeten Winkel fand sich eine eigroße, teigige, lappige, zum Theil (unter Knistern) reponible und bei Hustenstößen sich vergrößernde Geschwulst. Bei der Operation fand man ein von der Nierenkapsel ausgehendes Lipom, dessen Stiel einen Aponeurosenspalt im Bereiche des Grünfeld-Lesshaft'schen Dreiecks durchsetzte. **Mohr** (Bielefeld).

22) **H. D. Arnold.** Report of a case of primary sarcoma of the stomach.

(Med. and surg. reports of the Boston City Hospital 1900.)

Bei einem 47jährigen Manne, der seit 8 Wochen über Schmerzen im Epigastrium, Appetitlosigkeit und Übelkeit, so wie zunehmende Schwäche, Abmagerung und Stuhlverstopfung klagt, findet sich eine das linke Hypochondrium und Epigastrium einnehmende, von der 7. Rippe in der Axillarlinie bis $1^1/_2$ Zoll über die Crista iliaca reichende Geschwulst mit harter, höckeriger Oberfläche. Die Laparotomie deckt die anscheinend von der Milz ausgehende Geschwulst auf. Da ein Theil des Dickdarmes in der Gegend der Flexura coli sinistra in die Geschwulst-



masse einbezogen ist, wird mit einer Dünndarmschlinge ein Anus praeternaturalis angelegt. Tod nach 6 Tagen.

Bei der Autopsie entpuppt sich die Geschwulst als ein von der Magenschleimhaut ausgehendes Mischzellensarkom oder Endotheliom, das von der großen Curvatur in der Nähe des Pylorus aus, auf dem Wege der Lymphspalten sich verbreitend, die benachbarten Organe, insbesondere das Colon transversum und das Netz, inficirt hatte.

Verf. betont, dass, wie hier, auch in einer Anzahl der bisher beobachteten Fälle Symptome der Krankheit erst sehr spät auftraten, namentlich dann, wenn die Neubildung von einem Theile der Magenschleimhaut ausging, der fern von Cardia und Pylorus liegt. Er weist darauf hin, dass, auch wenn Symptome einer Magenerkrankung fehlen und eine Geschwulst sich weit in den Unterleib erstreckt, der Magen der primär ergriffene Theil sein kann. Im Übrigen verweist er auf die Arbeiten von Schlesinger und Dock. **Läwen** (Leipzig).

23) **M. v. Caćković.** Ein Fall von Autointoxikation von Seiten des Magens.

(Liečnički viestnik 1901. No. 6. [Kroatisch.])

Der 48jährige Pat. leidet schon seit 28 Jahren an zunehmenden Stenoseerscheinungen, spült sich schon seit 7 Jahren regelmäßig den Magen aus. Vor 9 Monaten Anfall von Tetanie mit Verwirrtheit. Ähnliche Anfälle traten noch 3—4mal auf.

Die ersten Tage im Krankenhause wurde dem Pat. der Magen nicht ausgespült, und es trat eine sich immer mehr steigernde Verwirrtheit auf mit Unruhe, Schlaflosigkeit, Verlorenheit. Bei der nun vorgenommenen Magenauswaschung wurde viel stinkender, fauler Inhalt entleert. Pat. beruhigte sich und wurde wieder ganz normal, nachdem ihm der Magen täglich entleert wurde. Nun führte Verf. die Gastroenterostomie aus. Nachmittags ist Pat. wieder ganz verwirrt und unruhig, beruhigt sich aber auf eine Morphiuminjektion. Stuhl auf Klysma. Den nächsten Tag wieder ein gleicher Anfall, welcher eben so mit Morphium erfolgreich bekämpft wurde. Danach glatter Verlauf und sehr rasche Rekonvalescenz.

Die geistige Störung fasst Verf. als Intoxikation durch Resorption der septischen Massen aus dem Magen auf. Er unterscheidet im Verlaufe 2 Perioden, welche wie ein Experiment erscheinen. Dem Pat. wird durch einige Tage der Magen nicht ausgewaschen, worauf sich langsam und allmählich die Verwirrtheit entwickelt. Darauf wird der Magen ausgespült und große Mengen septischer Massen entleert, worauf sich eben so allmählich die geistige Störung verliert. Das 2. Moment ist der Zeitraum nach der Operation, wo durch die Kommunikation plötzlich große Massen in die Cirkulation kommen, worauf sich wieder eine psychische Störung entwickelt, welche nach 2 Tagen verschwindet, nachdem die septischen Gifte ausgeschieden worden. (Selbstbericht.)

24) **J. Sörensen.** Über stenosirende Dünndarmtuberkulose.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 169.)

S. berichtet hier über 3 einschlägige, von E. Hahn (Berlin) mittels Enteroanastomose behandelte Fälle, über die er bereits in der Berliner Chirurgenvereinigung Vortrag gehalten hat. Wir können auf das diesbezügliche Referat d. Centralbl. 1901 p. 25 verweisen, dem nur noch über den Endausgang von Fall III, der zur Zeit jenes Vortrages noch nicht abgelaufen war, hinzuzufügen ist, dass das Resultat zwar anfänglich gut war, indem die Wunde gut heilte und die subjektiven Beschwerden schwanden. In der 4. Woche nach dem Eingriffe bildete sich indess ein Abscess in der Narbe, der sich zu einer tuberkulösen Darmfistel umgestaltete. Letztere schloss sich nicht wieder, und einige Monate später starb Pat. an Erschöpfung.

Fall I dagegen ist jetzt seit 6 Jahren gesund, so dass Ausheilung der Darmtuberkulose bei ihm anzunehmen ist. Fall II hat die Operation 12 Monate hinter

sich. Stenosensymptome nebst Fieber und Nachtschweiß sind verschwunden, die vorhandene Ileocoecalgeschwulst ist kleiner geworden, auch die Lungenerkrankung scheint sich zu bessern.

Die Erfolge zeigen die Leistungsfähigkeit der angewandten Operationsmethode. Von Wichtigkeit ist, bei dem Leiden mit der operativen Hilfe frühzeitig vorzugehen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

25) **T. Fisher.** Two cases of sarcoma of the intestine, with secondary infection in one by a gas-forming bacillus.

(Bristol med.-chir. journ. 1901. März.)

Fall I. 5jähriger, kachektischer Knabe. In der rechten Bauchhälfte eine harte Masse mit unregelmäßiger Oberfläche tastbar; kein Ascites, keinerlei Schmerzhaftigkeit; unter zunehmenden Durchfällen, Fieber, Kachexie erfolgte der Tod 24 Stunden nach einer Operation, welche auf eine Probelaparotomie beschränkt blieb, 5 Wochen nachdem die Geschwulst zuerst bemerkt worden war. Bei der Autopsie fand sich, dass der unterste Theil des Ileum in ca. 50 cm Länge bis dicht oberhalb der Ileocoecalklappe von einer kindskopfgroßen Geschwulst ergriffen war. Auf dem Durchschnitte erschien die Darmlichtung größtentheils, und zwar überall, wo die Geschwulst den ganzen Umfang des Darmes ergriffen hatte, beträchtlich, bis zu 5 cm Durchmesser, erweitert; nur an den Stellen, an welchen nur ein Theil des Darmumfanges ergriffen war, sprang die Geschwulst gegen die Lichtung vor, ohne sie ganz zu verlegen. Eine tiefe, 2markstückgroße Ulceration reichte an einer Stelle bis nahe an den Bauchfellüberzug heran. Metastasen in den Gekrösdrüsen, Leber, Nieren. Das subperitoneale Gewebe der in Berührung mit der Geschwulst stehenden Bauchwand war ausgedehnt durch Geschwulstmassen infiltrirt, nach unten zu bis ins kleine Becken, nach oben zu die ganze rechte Hälfte des Zwerchfelles, von hier aus vorderes Mediastinum, Herzbeutel; Metastasen in den Mediastinal- und Bronchialdrüsen. Die mikroskopische Untersuchung ergab Lymphosarkom mit geringer Bindegewebsentwicklung.

Fall II. Bei dem 28jährigen Pat., der zuerst vor 3 Wochen eine enteneigroße Geschwulst in der Ileocoecalgegend bemerkt hatte, traten eine Woche später starke Schmerzen im Bauche, schwere Störung des Allgemeinbefindens, Zahnfleischblutungen, Ikterus, purpuraähnlicher Ausschlag auf. In der Blinddarmgegend eine unbewegliche, harte, nach oben bis zur Darmbeinkante, nach innen bis nahe an die Mittellinie heranreichende Geschwulst. Stuhlgang normal; im weiteren Verlaufe schwere Nasenblutungen, Fieber, Tod 4 Tage nach der Aufnahme. Bei der 12 Stunden später vorgenommenen Sektion fand sich das subkutane Gewebe, besonders am Nacken und Hodensacke, ferner Bauchhöhle und Därme durch Gasansammlungen stark ausgedehnt. Die 2faustgroße Geschwulst hatte den untersten Theil des Blinddarmes in etwa 12 cm Ausdehnung in seinem ganzen Umfange ergriffen, jedoch an der Innenseite in bedeutend größerem Umfange, als an der Außenseite. Die Geschwulst hatte nach dem Verhalten der Darmmuskulatur, welche noch eine Strecke weit in die Geschwulst hinein verfolgt werden konnte, ihren Ausgang von der Subserosa und Submucosa genommen. Der Dünndarm war gleichfalls auf 5 cm Länge in geringem Grade infiltrirt, die Ileocoecalklappe verdickt, aber nicht verlegt. Auf dem Durchschnitte der Geschwulst fanden sich zahlreiche Gascysten verschiedenster Größe, ähnliche Cysten waren in der Leber, den Nieren und besonders in der Milz vorhanden. Sonst keinerlei Metastasen. Aërobe Kulturen aus den Cysten blieben steril. Die mikroskopische Untersuchung ergab Lymphosarkom. Auf den Schnitten lagen die Geschwulstzellen um die Cysten herum dicht zusammengedrängt. Zwischen ihnen fand Verf. in einigen Schnitten Bacillen, welche oft paarweise an einander lagen und von einer nicht gefärbten Kapsel umgeben waren (vielleicht Bacillus aërogenes capsulatus). Verf. nimmt an, dass die Geschwulst als Locus minoris resistentiae sekundär von diesem Bacillus inficirt wurde, derselbe dann in die Blutbahn gelangte, und die oben erwähnten schweren Erscheinungen hervorrief. Verf. fand 3 ähnliche Fälle in der Litteratur.

Verf. nimmt für die Lymphosarkome des Darmes eine infektiöse Ursache an. Hierfür spräche in seinem 1. Falle die eigenartige, durch Kontaktinfektion hervorgerufene subperitoneale Ausbreitung. Die Neigung der Sarkome, die Darmlichtung eher zu erweitern als zu verengern (im Gegensatze zum Carcinom), fand Verf. noch bei einer ganzen Reihe anderer Fälle angegeben. Er erklärt das durch den Umstand, dass das Sarkom meist von der Submucosa ausgeht und dann mehr nach der Peripherie, als nach der Lichtung zu wächst. Sobald der ganze Umfang des Darmes ergriffen ist, bringt das weitere periphere Wachsthum der Geschwulst (und die sekundäre Schrumpfung) eine Ausweitung der Lichtung hervor. (2 Abbildungen.)

Mohr (Bielefeld).

26) **Bäumler** (Freiburg i/Br.). Über akuten Darmverschluss an der Grenze zwischen Duodenum und Jejunum.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 17.)

Bei einer Rekonvalescentin von Ileotyphus trat plötzlich eine mechanische Störung der Wegsamkeit des Darmes auf. In dem Vordergrunde der Erscheinungen stand eine zunehmende Erweiterung des Magens und die rasche Ansammlung von Flüssigkeit in demselben, obwohl die Flüssigkeitszufuhr möglichst beschränkt und die Nahrung vorwiegend durch den Mastdarm zugeführt wurde. Die Autopsie ergab, dass der stark erweiterte und gefüllte Magen den unteren queren Theil des Duodenums gegen die Wirbelsäule abgeplattet, der Zug des ins Becken herabgesunkenen Dünndarmes an seinem Mesenterium die Kompression gerade an der Durchtrittsstelle des Duodenums noch gesteigert und dadurch eine Nekrose der Darmschleimhaut hervorgerufen hatte, deren Entstehung allerdings durch die Anämie und allgemeine Schwäche der Kranken begünstigt worden war.

In einem anderen Falle von akut aufgetretener, sehr beträchtlicher Magenerweiterung mit einem ähnlichen Symptomenkomplexe konnten die Erscheinungen durch Magenausspülung, Knie-Ellbogen- bezw. Bauchlage unter Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr zum Magen rasch wieder rückgängig gemacht werden.

Als begünstigende Ursachen für duodeno-jejunalen Darmverschluss der in Rede stehenden Form bezeichnet B. größere Länge des Dünndarmmesenteriums, Gastro- und Enteroptose, Lage der Duodeno-jejunalgrenze auf der Konvexität der Wirbelsäule, starke Lendenlordose, hochgradige Abmagerung und Schwäche, chronische Magenerweiterung, andauernde horizontale Rückenlage nach Operationen, sehr vollständige Entleerung des Darmes vor einer Operation.

Direkt veranlassende Momente waren in den bis jetzt beobachteten Fällen: Überfüllung des Magens bei bestehender Atonie oder Dilatation, Chloroformnarkose, Operationen an den Gallenwegen und weiblichen Genitalien, Kompression des Thorax durch Anlegung eines Gipskorsettes.

Kramer (Glogau).

27) **L. Tixier et C. Viannay.** De l'hématémèse dans le cours de l'occlusion intestinale.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900. No. 76.)

Ein 44jähriger Landmann bot die Erscheinungen des akuten Darmverschlusses dar und wurde der Laparotomie durch T. unterworfen. Es fanden sich ausgedehnte Verwachsungen in der Ileocoecalgegend, welche die Därme an der freien Bewegung zu bindern schienen; dieselben wurden gelöst, die Bauchhöhle drainirt. Der Zustand besserte sich nicht, sondern zu den anfänglichen Erscheinungen kam noch Erbrechen reichlicher blutiger Massen hinzu, welches in kurzer Zeit zum Tode führte. Bei der Sektion fand man den oberen Theil des Dünndarmes dick mit schwärzlichem Blute angefüllt. Nirgends eine Ulceration, dagegen die gesammte Schleimhaut hochgradig kongestionirt und mit hämorrhagischen Suffusionen durchsetzt.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

28) **Bofinger.** Zur Atropinbehandlung des Ileus.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 17.)

29) **Adam.** Ein schwerer Obturationsileus, durch Atropin und Oleum olivarum gehoben.

(Ibid.)

30) **Güthgens.** Zur Behandlung des Ileus mit Belladonnapräparaten.

(Ibid.)

31) **Middeldorpf.** Ein Fall von Ileus, mit Atropin behandelt.

(Ibid.)

In den von B. mit Atropin — im 1. Falle am 4. Tage nach Beginn der Ileuserscheinungen — behandelten Fällen war der Verlauf ungünstig; in dem einen Falle lag ein Volvulus des untersten Ileumtheiles, in dem anderen eine eingeklemmte Schenkelhernie (!) vor, die von B. erst am 4. Tage operirt wurde.

A.'s Pat. hatte nach der Schilderung eine schwere Koprostase in einem alten kopfgroßen Hodensackbruche, so dass die im Titel angegebene Behandlung von Erfolg sein konnte; die 3 mg Atropin verursachten indess leichte Vergiftungserscheinungen.

Bei G.'s Pat. bestand neben Meteorismus und Schmerzhaftigkeit des Leibes Obstipation, aber kein Erbrechen. Heilung durch Atropin (0,003 und 0,002) nach Auftreten von Intoxikationsbeschwerden.

Dagegen war in M.'s Fall das Bild des Ileus deutlich ausgesprochen. Guter Erfolg der Atropindarreichung in kleinen Dosen trotz Vergiftungserscheinungen.

Kramer (Glogau).

32) **A. E. Barker.** On two cases bearing upon the question of the limitations of enterectomy.

(Lancet 1901. April 27.)

Verf. berichtet über eine Operation, die er an einer 58jährigen, an schwerem Diabetes leidenden Frau wegen Dickdarmkrebs ausführte; die Geschwulst wurde in Zusammenhang mit 12 cm Darm (in kontrahirtem Zustande gemessen) entfernt und Enteroanastomose angelegt. Der Urin zeigte vor der Operation 6,6% Zucker, nach der Operation ging der Zuckergehalt konstant herunter und verschwand nach einigen Wochen vollständig. Abgesehen von einer Stichkanaleiterung und einer schnell verschwindenden Kothfistel, durch die sich ein Stückchen nekrotisches Netzgewebe abstieß, war die Heilung günstig.

Auf Grund dieses Falles und auch schon früher vom Verf. gelegentlich gemachter Beobachtungen möchte B. einen Diabetes nicht als absolute Kontraindikation für größere Bauchoperationen ansehen. Obgleich der Diabetes die Vitalität der Gewebe nach mehreren Richtungen hin herabsetzt, scheint er die Indikation zur Operation in derartigen Fällen entgegengesetzt dem bisherigen Brauche zu erweitern.

Ferner berichtet B. über eine 76jährige, schwächliche Frau, die, vor Jahren ovariotomirt, in der Narbe einen sehr großen, eingeklemmten, brandigen Bauchbruch zeigte; er resecirte den Darm in einer Länge von 165 cm und legte Enteroanastomose an; bei der Operation zeigte sich die Bauchhöhle durch massenhafte Uterusfibrome ausgefüllt. Von geringer Bronchitis abgesehen, glatte Rekonvalescenz.

Dann erwähnt B. noch einen anderen von ihm operirten Fall, wo er 92 cm Darm resecirte, anastomosirte und Heilung eintrat. Es handelte sich hier um einen eingeklemmten Schenkelbruch, der 4 Monate vorher operirt war.

B. stellt 29 erfolgreiche Resektionen aus der Litteratur zusammen, wo über 1 m Darm resecirt worden ist, und bespricht kritisch die Grenzen der Resektion.

F. Kraemer (Berlin).



33) A. R. Moulton. Rupture of the rectum and hernia of the intestines in an insane man.

(Philadelphia med. journ. 1901. März 16.)

Ein dementer Geisteskranker von 34 Jahren hatte die Gewohnheit, mit den Fingern seinen Mastdarm zu bearbeiten, bis er es zu einem ansehnlichen Vorfalle desselben gebracht hatte. Eines Tages bemerkte der Wärter, dass er wieder einmal nass war, und als er ihn auszog, hingen aus dem After des Pat. ca. 2 Fuß Dünndarm mit Netz. Pat. hatte durch die Finger offenbar selbst die Mastdarmwand perforirt, so dass Dünndarm und Netz vorfallen konnten. 36 Stunden danach Tod. **O. Müller** (Hirschberg i/Schl.).

34) Roersch. Cure radicale du prolapsus du rectum par la recto-coccypexie.

(Progrès méd. belge 1900. No. 23.)

R. hat obige Operation, die von Gérard-Marchant empfohlen ist, bei einer 26 Jahre alten Dame mit Incontinentia alvi und bei einem $3^1/_2$ Jahre alten Kinde mit bestem Erfolge ausgeführt, nachdem alle anderen Mittel vergeblich versucht worden waren. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

35) A. Nannotti. Secondo contributo allo studio delle indicazioni della splenectomia nella splenomegalia malarica.

(Estratto della clinica chirurgica.)

Mailand, **F. Vallardi,** 1901.

N. berichtet über eine größere Reihe von Erfahrungen in der Behandlung der chronischen Milzschwellung nach Malaria. Dabei referirt er über günstige Erfolge mit Chininsalzen, Arsen und Eisen, die er sowohl per os, wie auch subkutan verabfolgte. Den Chirurgen interessiren 9 Splenektomien mit 3 Todesfällen (2 Bronchopneumonien und eine schwere Hämatemesis, wahrscheinlich in Folge venöser Stauung; starke Cyanose der Magenschleimhaut ohne nachweisbare Ulceration oder Verletzung der letzteren). Im Übrigen war N. mit den Endresultaten der Operation zufrieden. Die Splenektomie kommt nach N. lediglich dann in Frage, wenn die Milzschwellung als solche im Vordergrunde des klinischen Krankheitsbildes steht, und wenn die Mittel der inneren Medicin erschöpft sind. Die Milzvergrößerung als Symptom, so wie in Komplikation mit allgemeiner Kachexie sind selbstredend aus dem Gebiete der Chirurgie auszuschließen.

A. Most (Breslau).

36) Filippini. Sopra due resezioni di tutto il lobo sinistro del fegato per neoplasmi.

(Policlinico 1901. No. 5.)

F. hat 2mal wegen kopfgroßer Geschwülste den ganzen linken Leberlappen resecirt. Das 1. Mal wurde mediane Laparotomie, das 2. Mal ein schräger Schnitt durch den Rectus gemacht. Durch ausgedehnte Trennung des Lig. suspens. hep. ließ sich die Leber mobilisiren und die Geschwulst vorwälzen; dann elastische Umschnürung im Sulcus longitudinalis. Im 1. Falle wurde 2 Finger breit darüber die Geschwulst sofort, im 2. nach 3 Tagen abgeschnitten, die Bauchwunde bis an den Stiel vernäht. Der Stiel stieß sich nekrotisch ab, der Schlauch wurde nach 14 resp. 8 Tagen entfernt; es folgte länger dauernder Gallenfluss. Das 1. Mal wurde Dauerheilung erreicht — es lag ein Cavernom vor; im zweiten, wo es sich wahrscheinlich um primären Leberkrebs handelte, heilte die Wunde, doch starb Pat. nach einigen Monaten an Kachexie. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

37) A. L. Beahan. The surgical diagnosis of right-side abdominal diseases.

(Buffalo med. journ. 1901. März.)

Verf. bespricht des genaueren die Differentialdiagnose zwischen Affektionen der Gallenblase, der rechten Niere, des rechten Eierstockes und der Tube, des

Wurmfortsatzes. Bei den von ihm beobachteten, differentialdiagnostisch schwierigen Fällen kamen mehrfach Verwechselungen zwischen Wanderniere und Gallenblasenerkrankungen vor, zumal wenn die sehr bewegliche und vergrößerte Gallenblase stark nach unten reichte und Ikterus fehlte. Die Appendicitisdiagnose wurde einige Male dadurch schwierig, dass der hinter dem Blinddarme liegende und mit diesem verwachsene Fortsatz in Folge starker Ausdehnung des Blinddarmes nicht getastet werden konnte. In einigen Fällen begann die Appendicitis äußerst chronisch mit Menstruationsbeschwerden, welche bei jeder Periode immer mehr zunahmen, bis schließlich der verdickte und schmerzhafte Wurmfortsatz abgetastet werden konnte. **Mohr** (Bielefeld).

Nachtrag.

Bei der Abfassung meines Artikels in No. 21 dieses Centralblattes »Über die Grenzen der Pupillenreaktion gegen Licht in der Chloroformnarkose etc.« ist mir die Monographie von Czempin »Die Technik der Chloroformnarkose für Ärzte und Studierende«, Berlin 1897, Otto Enslin, entgangen. Zu meinem größten Bedauern. Denn in diesem vortrefflichen Werke nimmt Czempin Betreffs des Stadiums der Narkose im Wesentlichen den gleichen Standpunkt ein, wie ich ihn vertreten habe. Er bezeichnet die engste Pupille als Normalpunkt der Narkose. Um die Erweiterung der Pupillen, welche nach diesem Stadium bei beginnendem Erwachen folgt, zu unterscheiden von derjenigen, welche bei noch tieferer Betäubung eintritt, weist Czempin darauf hin, dass in ersterem Falle eine, wenn auch oft geringe, Verengerung der Pupillen zu beobachten ist, »wenn man mit der linken Hand den Kopf des Kranken erhebt, so dass er dem Licht voll zugekehrt ist . . . . und nun beide oberen Augenlider mit einem schnellen Ruck nach oben zieht«.

Die Arbeit Czempin's ist bei aller Ausführlichkeit kurz gefasst und enthält ein sehr übersichtliches Schema. Sie verdiente wesentlich bekannter zu sein, als sie ist. Namentlich sollten Alle, die sich mit Narkosen beschäftigen oder beschäftigen wollen, sie gelesen haben.

Hamburg-Eppendorf, 13. Juni 1901. Dr. Adolf Flockemann.

73. Versammlung deutscher Naturforscher u. Ärzte in Hamburg.

Am Donnerstag, den 26. September, wird im Logenhaus (Welckerstraße) um 2 Uhr Nachmittags eine gemeinsame Sitzung der Abtheilungen für innere Medicin, Chirurgie und Dermatologie stattfinden.

In dieser Sitzung werden folgende Vorträge gehalten:

1) Grouven (Bonn). Die Röntgentherapie bei Lupus und Scrophuloderm.

2) Hahn (Hamburg). Die Röntgentherapie bei Ekzem, Prurigo, Akne und Psoriasis.

3) Schiff (Wien). Die Röntgentherapie bei Haarkrankheiten.

4) Sjögren (Stockholm). Die Röntgentherapie bei Cancroid. ulcus rodens und Lupus erythematodes.

5) Kienböck (Wien). Technik der Röntgentherapie.

6) Schürmayer (Hannover). a. Über Röntgenulcera; b. Forensische Bedeutung der Röntgenverbrennungen.

7) Bang (Kopenhagen). Die Finsentherapie.

Im Anschlusse an diese Vorträge wird eine Diskussion stattfinden.

In der Abtheilung für Physik wird Dr. Walter einen Vortrag halten: Über die sogenannte Beugung der Röntgenstrahlen.

In der Abtheilung für Chirurgie: Dr. Albers-Schönberg, Über die Verwendung und den Werth des elektrolytischen Unterbrechers im Röntgeninstitute.

Über event. später noch zur Anmeldung kommende das Röntgenfach berührende Vorträge wird noch berichtet werden.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von
E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 28. **Sonnabend, den 13. Juli.** **1901.**

Zur Methodik der Appendicitisoperation.

Von
Prof. Dr. **Sprengel** in Braunschweig.

Die Appendicitisoperation gehörte bis vor Kurzem zu denjenigen chirurgischen Eingriffen, welche mich technisch nicht voll befriedigten. Zwar ist es leicht, eine nicht verwachsene Appendix im Intervalle zu entfernen, aber bei erheblichen festen Verwachsungen und starker Verlagerung der Appendix kann die Operation schon im Intervalle technisch schwierig werden, und die Unbehaglichkeit der Situation steigert sich, wenn man im Anfalle operirt und sich nicht darauf beschränkt, den Eiterherd zu entleeren, sondern den Processus selbst entfernen will. Ich habe alle Vorschriften der Autoren mit Sorgfalt befolgt, bin aber das Gefühl der Unsicherheit nicht losgeworden

und habe — bei der Operation im Anfalle — mehrfach den Versuch der Exstirpation des Processus aufgegeben, weil mir die Operation unter Umständen gefährlicher erschien als die Krankheit selbst. So viel ich weiß, haben sich die meisten Operateure bislang in der gleichen Lage befunden. Wenn ich Riedel ausnehme, der uns zuerst gelehrt hat, bei der Operation im Anfalle das Peritoneum nicht übertrieben zu fürchten, und Rehn, der ebenfalls principiell den Wurmfortsatz entfernt, stehen die meisten Autoren noch heute auf dem Standpunkte, dass sie sich im Anfalle auf die Entleerung des Eiterherdes beschränken und den Wurmfortsatz nur dann — und zwar gewöhnlich von der Abscesshöhle aus — wegnehmen, wenn er ohne nennenswerthe Schwierigkeit erreichbar ist.

Für mich hat sich die Situation fast mit einem Schlage geändert, seit ich auf die Appendicitisoperation, sowohl im Intervalle, wie im Anfalle, principiell die Methode der Beckenhochlagerung, und zwar der steilen Beckenhochlagerung anwende. Die Erleichterung, die man sich dadurch verschafft, ist geradezu überraschend; man macht aus einer unsicheren, halb im Dunkeln ausgeführten Operation einen übersichtlichen und technisch fast ohne Schwierigkeit zu beherrschenden Eingriff.

Da ich die Beckenhochlagerung schon in meinen Mittheilungen auf dem diesjährigen Chirurgenkongresse kurz erwähnt habe, so würde ich mir nicht erlauben, an dieser Stelle die Frage nochmals anzuschneiden, wenn ich nicht für angezeigt hielte, einige Einzelheiten, die sich mir gut bewährt haben, kurz hinzuzufügen.

Ein Mitttel, welches vielfach angewandt und sehr geeignet ist, die Appendicitisoperation zu sichern, ist die Verwendung der Tamponade zum Abschlusse des Krankheitsherdes gegen die gesunde Bauchhöhle. Verwendet man die Tamponade im Vereine mit der Beckenhochlagerung, so hat dieselbe nicht bloß den Vortheil, den man meist auf diesem Wege zu erreichen sucht, nämlich den gesunden Theil des Peritoneums vor dem Eindringen septischer Substanzen zu schützen, sondern man kann durch dieselbe, wenn man die Tampons — theils länglich geformte, aus Holzfaserstoff und übergenähter Gaze hergestellte Kissen, theils Gazeschleier — hinlänglich voluminös nimmt und stramm nach allen Seiten, namentlich auch nach dem kleinen Becken hin einstopft, den Krankheitsherd in geradezu idealer Weise isoliren und übersichtlich machen. Die Wurmfortsatzgegend liegt in der hochgestellten Darmbeinschaufel manchmal wie ein anatomisches Präparat vor Augen und kann meist mit Leichtigkeit ausgeräumt werden. Man braucht nicht zu fürchten, dass in den durch Eiterung komplicirten Fällen der Eiter wegen der Beckenhochlagerung um so leichter in den nunmehr tiefer stehenden oberen Theil der Bauchhöhle eindringt. Das wird durch die stramme Tamponade mit Sicherheit verhindert.

Ich pflege dabei in folgender Weise zu verfahren. Ich mache in Beckenhochlagerung den Schnitt an der Außenseite des rechten

Rectus. Die Bedenken gegen diesen Schnitt sind mir bekannt und haben mich zeitweise veranlasst, denselben mit der wohl von den meisten Operateuren geübten Schrägincision zu vertauschen; auch die schräge Incision durch den Obliquus externus mit stumpfem Eindringen durch die tiefen Muskelschichten entsprechend der Faserrichtung der betreffenden Muskeln habe ich versucht; aber immer bin ich wieder zu der Incision am rechten Rectusrande unter sorgfältiger anatomischer Freilegung desselben und womöglich mit Schonung der Epigastrica zurückgekehrt, weil kein Schnitt eine so freie Übersicht über die fragliche Gegend gewährt und weil keiner eine so mühelose Vergrößerung je nach Lage des Falles gestattet, wie er. Bei der Eröffnung des Peritoneums verfahre ich je nach Befund verschieden. Besteht kein palpabler Abscess, sondern entweder überhaupt kein fühlbarer Tumor oder, wie in der Überzahl der Fälle, ein mehr oder weniger großes Infiltrat in der Fossa iliaca, so eröffne ich oberhalb desselben frei die Bauchhöhle und tamponire diese in der geschilderten Weise sorgfältig und fest. Erst dann gehe ich an den Herd. Der Eiter, den ich mit einer einzigen Ausnahme auch bei der Frühoperation in den ersten 2mal 24 Stunden stets gefunden habe, wird, wenn er in kleinem Quantum vorhanden ist, durch Austupfen entfernt, bei größeren Mengen läuft ein Theil über die Wunde ab; er kann aber nicht die Bauchhöhle, sondern nur die Oberfläche der Tampons beschmutzen, die danach ganz oder theilweise ausgewechselt werden, bevor die Operation, die immer die Entfernung des Processus zum Ziele hat, fortgesetzt wird.

Ist nicht bloß ein palpabler Tumor, sondern ein deutlicher Abscess vorhanden, so dringt der untere Theil des Bauchschnittes, der aber auch in diesem Falle den Rectusrand präparatorisch frei legt, in den Abscess ein. Der letztere wird entleert und sorgfältig tamponirt, worauf die Operation mit Eröffnung der gesunden Bauchhöhle, strammer Tamponade derselben, Freilegung und Entfernung des Processus von oben her, in typischer Weise fortgesetzt wird.

Den 3. resp. 4. Theil der Operation bildet die Entfernung der Tampons. Da dieselben sehr fest und stramm gelegt sind, so bedeutet das Herausziehen derselben zugleich ein sorgfältiges Auswischen des dem Krankheitsherde benachbarten Theiles der Peritonealhöhle. Von Ausspülungen mache ich in einfachen, so zu sagen typischen Fällen (obwohl jeder Fall in Einzelheiten variirt) keinen Gebrauch, bei ausgedehnter Peritonitis mit reichlichem flüssigen Exsudat wird man sie vielleicht nicht immer entbehren können.

Zum Schlusse vereinige ich die Bauchdecken in mindestens 3 Schichten durch Seidennähte. Die Naht ist, von den seltenen Ausnahmefällen abgesehen, in denen sich kein Eiter findet, eine partielle. Die Stelle des Infiltrates, das Lager des Wurmfortsatzes, wird durch einen festen Mikulicz'schen Tampon ausgefüllt, der meist durch den unteren, selten durch einen höheren Abschnitt des Bauchschnittes nach außen geleitet wird. In ganz schweren Fällen

mit ausgedehnter, event. nicht mehr lokalisirter Eiterung verzichte ich ganz auf die primäre Vereinigung. Ich lege durch beide Seiten des Bauchschnittes feste Seidennahtschlingen, tamponire, gewöhnlich mit mehreren Mikulicz'schen Tampons und halte über denselben durch angelegte Schieber die Seidenschlingen vereinigt.

Schließlich soll bemerkt werden, dass ich auch bei der Operation im Anfalle ausnahmslos Gummihandschuhe verwende. Es kann bei derselben nicht ausbleiben, dass die Hand des Operateurs mit putriden Stoffen in Berührung kommt; seit ich weiß (cf. die in meiner Abtheilung ausgeführten Untersuchungen von Dr. Dettmer, Langenbeck's Archiv Bd. LXII p. 384), dass die Gummihandschuhe durch Abspülen in sterilem Wasser schon in kurzer Zeit auch nach Berühren mit septischem Materiale keimfrei gemacht werden können, möchte ich auf die dadurch gewährte Sicherheit nicht mehr verzichten.

Es ist mir nicht bekannt, ob in ähnlicher Weise, wie vorstehend beschrieben, auch andere Chirurgen operiren; von denen, die ich fragte, hatte nur Kollege Müller-Aachen von der Beckenhochlagerung Gebrauch gemacht; in der Litteratur finde ich nichts darüber erwähnt. Für mich bedeutet diese Veränderung, im Verein mit den übrigen Einzelheiten, einen so großen Fortschritt, dass ich nur im Vertrauen hierauf die principielle Frühoperation vorzuschlagen gewagt habe.

Auf letztere hier einzugehen ist nicht meine Absicht. Erwähnen will ich, dass, seit ich die auf dem Chirurgenkongresse vorgetragene Indikation stelle (December 1900), auf meiner Abtheilung (mit wenigen Ausnahmen von mir selbst) ausgeführt sind:

7	Operationen	im Intervalle	=	Mortalität	0%
9	»	in den ersten 2mal 24 Stunden	=	»	0%
13	»	in späteren Stadien	=	»	30%
					(4 Todesfälle).

---

1) **E. Zuckerkandl.** Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. 2. Heft: Brust, 48 Figuren; 3. Heft: Bauch, 95 Figuren mit erläuterndem Texte.

Wien, **Braumüller,** 1900 u. 1901.

Das günstige Urtheil, das über das 1. Heft dieses Atlasses ausgesprochen werden konnte, gilt vollständig auch für diese 2 folgenden Lieferungen: Autor und Verleger sind bemüht gewesen, das Beste zu geben. Was hier besonders interessirt, ist, dass speciell der Chirurg für sein operatives Handeln gute Orientirungsbilder findet, wobei sich Fensterschnitte, die in schrittweisem Vorgehen in die Tiefe die Aufeinanderfolge der getroffenen Organe in klaren Bildern wiedergeben, mit Sagittal-, Frontal- und Horizontalsägeschnitten vereinigen, um ein plastisches Bild vom Situs der getroffenen Theile zu gewähren. Je häufiger man die Bilder studirt, um so sicherer orientirt man sich in ihnen, namentlich auch weil keins zu vielerlei in Zeichnung oder Benennung giebt.

Speciell möchte Ref. hinweisen auf die Behandlung der Subclavicular- und Achselgegend, auf die genaue Wiedergabe des Verhältnisses der Brusthöhlenwandungen zu den im Thorax gelegenen und der Mediastina mit den von ihnen eingeschlossenen Organen. Weiterhin auf die Darstellung der Lage des Magens an sich und im Verhältnis zu der Umgebung, wie sie in der neuesten Zeit festgestellt worden, die genaue Berücksichtigung der Lage der wenig beweglichen Abschnitte des Darmkanals, darunter vor Allem einerseits des Duodenums, andererseits des Blinddarmes und seines Wurmfortsatzes, der Bauchfelltaschen, nicht minder aber auch der großen Drüsen und ihrer Ausführungsgänge. Eine ganz besondere Aufmerksamkeit schenkt Verf. dem Pankreas und seiner Einfügung in die Umgebung. In Lieferung 3 finden auch Anomalien der Gestalt und Lagerung der Organe häufiger als in den vorhergehenden Berücksichtigung: so solche der Bursa omentalis, des Recessus duodeno-jejunalis, des Duodenums, des Blindarmes und seines Anhanges, des Dickdarmes, der Nieren (Lageanomalie, Hufeisenniere, Kuchenniere, linksseitige Doppelniere, doppelter Harnleiter).

Die Ausführung der farbigen Holzschnitte ist tadellos.

Richter (Breslau).

---

2) **F. Lejars.** Traité de chirurgie d'urgence. 3. édit. revue et augmentée.

Paris, **Masson,** 1901.

Innerhalb noch nicht 2 Jahren 3 Auflagen, dabei Steigerung des Buchumfanges von 751 Seiten auf 1045 und der Abbildungen von 482 auf 751, das beweist, dass das Werk sich viele Freunde erworben hat, und dass der Autor bemüht ist, durch die Neubearbeitung der früheren Auflagen, durch Erweiterung des ganzen Themas — hier und da selbst über die Grenzen hinaus, die der Titel erwarten lässt — und durch fleißige Einfügungen neuer therapeutischer Verfahren den Bedürfnissen der Ärzte immer vollständiger nachzukommen. Auch die Wünsche, die im vorigen Jahre in diesem Blatte in Bezug auf Aufnahme erster Hilfeleistungen bei Verletzten und bei Verbrannten geäußert wurden, haben Berücksichtigung gefunden.

Richter (Breslau).

---

3) **Betagh.** Sulla presenza del tessuto cellulo-adiposo nelle glandole linfatiche.

(Policlinico 1901. No. 4.)

Lymphatisches und Fettgewebe stammen beide aus dem Mesenchym. In den Lymphdrüsen findet sich sehr häufig Fettgewebe eingeschlossen. Entweder umgiebt es ringsum das eigentliche Drüsengewebe und ist dann am Hilus der Drüse am stärksten vorhanden; oder umgekehrt es ist als Kern oder als mehrfache Inseln in das Drüsengewebe eingesprengt. In diesem Falle lässt sich aber immer

ein Zusammenhang mit dem Fette des Hilus nachweisen. Diese Befunde lassen sich an kranken wie normalen Drüsen erheben. Es handelt sich nicht um eine Degeneration, eine Lipomatose der Drüsen oder umgekehrt um Regeneration von Drüsengewebe in Fett, wie man solche Befunde viel gedeutet hat. Dem entspricht der Mangel an karyokinetischen Figuren.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

4) **G. Perez.** Die Influenza in chirurgischer Beziehung.

(Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 1—69.)

Die aus dem Institute für klinische Chirurgie in Rom (Prof. Durante) hervorgegangene Arbeit trägt zwar aus der in ausgedehnter Weise herangezogenen Litteratur der Influenza (Verzeichnis von 207 Nummern) auch die chirurgischen Komplikationen dieser Krankheit zusammen, bringt aber als eigenen Beitrag zur Sache, nicht entsprechend ihrem Titel, Berichte über Infektionsversuche an Kaninchen, die die Pathogenität der Influenzabacillen prüfen sollten. Kulturen der letzteren in Agar, so wie in Bouillon mit Blutzusatz wurden zunächst in das Unterhautzellgewebe, die Venen, die Luftröhre und Bauchhöhle injicirt. Hiernach traten lediglich toxische Erscheinungen auf, Hyperthermie, Dyspnoë, beträchtliche Muskelerschlaffung etc., welche entweder nach verschieden langer Zeit verschwanden oder, falls die gegebene Dosis zu hoch war, zum toxischen Tode führten. Um wirkliche Infektionen bezw. ein Weitergedeihen der Influenzabacillen im Lebenden herbeizuführen, bedurfte P. in seinen Experimenten einer künstlichen Verminderung der Widerstandsfähigkeit der Organe. Die dies anstrebende Versuchsanordnung bestand darin, dass entweder der injicirten Bacillenkultur ein feines Pulver von Thier- bezw. Pflanzenkohle, auch Lycopodium oder koncentrirte Milchsäurelösung zugesetzt wurde, oder es wurden dem Versuchsthiere außer der Bacillenkulturinjektion ein Knochenbruch bezw. eine Kontusion beigebracht, oder endlich wurde das Versuchsthier durch eine vorgängige Injektion mit Toxinen, die durch Filtration menschlischer Dejektionen gewonnen waren, in seiner normalen Vitalität herabgesetzt. P. hat auf diesem Wege mannigfache Herderkrankungen wesentlich entzündlich-eitriger Art erzielt, die ausschließlich auf Influenzabacillenentwicklung beruhten, als Haut- und Wundabscesse, Myositiden, pneumonische Herde, Pleuritiden. Auf 2 Tafeln werden 5 gut ausgeführte Abbildungen mikroskopischer Präparate gegeben, die von Leichentheilen der Versuchsthiere gewonnen sind.

(Das Studium der fleißigen und anerkennenswerthen Arbeit wird durch die sehr häufig fehlerhafte, den Ausländer verrathende Sprache gestört. Sie hätte vor ihrem Erscheinen in einer »deutschen« Zeitschrift entsprechend nachgesehen werden müssen.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

5) **J. Wolff.** Über die Wechselbeziehungen zwischen der Form und der Funktion der einzelnen Gebilde des Organismus.

(Vortrag, gehalten in der zweiten allgemeinen Sitzung der 72. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Aachen am 21. September 1900.)
Leipzig, **F. C. V. Vogel,** 1900.

W. spricht auf der vorjährigen Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte, deren erste Sitzung dem Rückblicke auf die Entwicklung der Naturwissenschaften und der Medicin im 19. Jahrhundert gewidmet war, nochmals über die Wechselbeziehungen zwischen der Form und der Funktion der einzelnen Gebilde. Er referirt kurz über seine bekannten Forschungen über das Gesetz der Transformation der Knochen, wobei er Röntgenbilder der früheren Fournierblätter demonstrirt, da diese die Architekturverhältnisse noch deutlicher als die Fournierblätter zur Anschauung bringen.

Außerdem fügt er noch Röntgenbilder bei, welche den Knochen lebender, mit Deformitäten behafteter Individuen entnommen worden sind, und zum Vergleiche damit Röntgenbilder, welche längere Zeit später, nach der durch unblutiges Redressement bewirkten Heilung der Deformität wiederum denselben Knochen derselben Individuen entnommen wurden. Er kommt hierbei zu seinen bekannten Schlussfolgerungen über die bisherigen Irrthümer in der Behandlung der Deformitäten.

Die übrigen Gebilde des Organismus verhalten sich in der Beziehung zwischen Form und Funktion analog den Knochen, wie die Arbeiten des Anatomen Roux gezeigt haben. W. meint, dass auf dem letzteren Gebiete sich dem Forscher noch ein lohnendes Arbeitsfeld bietet.

Zum Schlusse weist der Autor darauf hin, dass sich das Gesetz der Transformation der Knochen, wie er bereits 1884 und 1892 betont hat, als ein wichtiger Baustein zur Vollendung des Gebäudes der Descendenzlehre erwiesen habe, und er fasst die Ergebnisse seiner Forschungen nochmals in einigen kurzen Sätzen zusammen.

Drehmann (Breslau).

---

6) **Tuffier.** L'analgésie cocainique par voie rachidienne.

(Presse méd. 1901. No. 33.)

T. wahrt zuerst dem Amerikaner Corning die Priorität, die Anästhesirung durch Einwirkung auf das Rückenmark erfunden zu haben. Sodann tritt er mit großem Enthusiasmus für die Cocainisirung des Markes ein. Misserfolg schiebt er auf mangelhafte Technik. T. benutzt 2%iges nach Arnaud vorher in geschlossenem Kolben auf 120° C. erhitzt gewesenes Cocain, macht die Punktion im Sitzen und spritzt sehr langsam ein. Im Übrigen weicht sein genau beschriebenes Vorgehen nicht wesentlich von dem in Deutschland üblichen ab. Ein Irrthum ist es, wenn T. annimmt, dass von Bier ein Trokar

zur Lumbalpunktion benutzt würde. Dieser Irrthum macht es auch erklärlich, dass T. sagt: »Wenn ich der Technik unseres Greifswalder Kollegen hätte folgen müssen, würde ich niemals gewagt haben, auf dem Wege durch das Rückgrat zu anästhesiren, und ich verstehe, wenn Bier sagt: »dass mit einem bis jetzt noch dunklen und ungewissen Verfahren die Injektionsanästhesie geringere Sicherheit gewährt als die gewöhnlichen Anästhesien«. T. sucht sodann die Statistik von Réclus, welcher für die Cocainisirung 6 Todesfälle auf 2000 Anästhesien berechnet, zu entkräften, indem er nachweist, dass wenigstens mehrere Pat. an ihrem Grundleiden und nicht an Cocain gestorben sind. Er rechnet für die Äthernarkose aus den Zahlen Schultze's (4919 Äthernarkosen: 9 tödliche Ätherpneumonien) eine Mortalität von 2‰ heraus.

Sein eigenes Verfahren hält T. für ungefährlich und meint, dasselbe sei der Allgemeinnarkose weit vorzuziehen.

Bertelsmann (Hamburg).

---

7) **G. Bernabei.** Anestesia midollare chirurgica con iniezioni sottoaracnoidee lombari di cocaïna.

(Arte med. 1901. No. 1.)

B. hat 12mal die Bier'sche Anästhesie mit dem besten Erfolge angewandt und ist so ein begeisterter Anhänger dieser Methode geworden, ja er hofft sogar in seinem Enthusiasmus, vermittels der Lumbalinjektion mannigfach therapeutisch einwirken zu können. Um stets frische und sterile Lösung zur Lumbalanästhesie zur Hand zu haben, hält er sich zwei zugeschmolzene Glaskolben vorräthig, den einen mit sterilem Wasser oder Kochsalzlösung gefüllt, den anderen mit der entsprechenden Menge Cocain, welches 5 bis 6mal auf 80° C. erhitzt worden war (Tuffier). Vor dem Gebrauche wird nochmals das Wasser gekocht und demselben das Cocain beigemengt. Seine Erfolge waren bei diesem Vorgehen, wie gesagt, gute.

A. Most (Breslau).

---

8) **S. J. Golowin.** Operative Behandlung des pulsirenden Exophthalmus.

(Chirurgia Bd. VI. p. 434—456. [Russisch.])

G. kommt an der Hand zweier von ihm operirter Fälle, deren interessante Krankengeschichten er giebt, zu folgenden Schlusssätzen:

Es ist nothwendig, in jedem Falle von Exophthalmus pulsans die Behandlung zu individualisiren. In Fällen mit bedeutenden Hirnsymptomen soll die Unterbindung der Carotis communis, bei Fehlen derselben die Operation von der Augenhöhle aus gemacht werden, und zwar die Unterbindung der Ven. ophthalm. meist mit zeitweiliger Resektion der äußeren Knochenwand. Mit letzterer ist jedes Mal zu beginnen, so wie nur ein Verdacht auf bösartige Geschwulst besteht. Die Unterbindung der Ven. ophthalm. ist auch an-

zuwenden, wenn die Unterbindung der Carotis nicht zum Ziele geführt hat, oder das Leiden nach derselben wiederkehrt.

Egbert Braatz (Königsberg i/Pr.).

---

9) **F. Franke.** Eine neue Methode der osteoplastischen Freilegung der Orbita.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 192.)

Da F. bei Operation einer retrobulbären Geschwulst, welche medial saß, mit der Krönlein'schen Temporärresektion der Orbitalaußenwand keine genügende Zugänglichkeit des Operationsfeldes erzielte, hat er an Leichen das Eindringen in die Augenhöhle von oben her versucht und von der Bildung eines Haut-Knochenlappens vom oberen Orbitalrande, der nach unten geschlagen wird, eine gute Wirkung gesehen. Der Schnitt soll oben quer dicht an der oberen Grenze der Augenbraue geführt und an seinen beiden Seitenenden hakenförmig nach unten verlängert werden. Er trifft auf den Knochen $^3/_4$—1 cm oberhalb seines freien Randes. Dieser wird dann mit einem breiten Meißel schräg nach unten durchschlagen und der entstandene Haut-Knochenlappen nach unten umgeklappt etc. Die umgekehrte Schnittführung unterhalb der Augenbraue mit nachfolgender Lappenumklappung nach oben hat weniger befriedigt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

10) **W. Merkens.** Über intracranielle Komplikationen der Mittelohreiterung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 70.)

M. veröffentlicht aus dem Berliner Moabiter Krankenhause (Sonnenburg) eine Reihe interessanter einschlägiger Fälle, die einer gründlichen epikritischen Durchsprechung, namentlich in diagnostischer, dann aber auch in therapeutisch-operativer Hinsicht unterzogen werden. Die Diagnostik der fraglichen Leiden bedarf, um das Ergebnis der Arbeit vorwegzunehmen, noch der Verbesserung, und nur bei gesicherten Diagnosen sind Regeln für operative Maßregeln aufzustellen.

»In unsicheren Fällen muss zwischen Operiren und Nichtoperiren ein Mittelweg gefunden werden; und dieser besteht darin, dass man schrittweise vorgeht. Schon die Paracentese des Trommelfelles kann unter Umständen die bedrohlichsten Symptome prompt beseitigen. Besteht eine Eiterretention im Warzenfortsatze, so ist er aufzumeißeln und nach anatomischen Veränderungen zu suchen, die auf tiefer liegende Processe schließen lassen. Finden sich keine, so soll man den Erfolg der Operation zunächst abwarten, bei eintretender Verschlimmerung aber die Dura resp. den Sinus freilegen. Findet man immer noch keinen Eiter und keine genügende Anhaltspunkte zur Erklärung der Symptome, auch nicht an der Innenseite der Dura,

dann schreite man zur Punktion resp. Incision des Gehirns und schließlich zur Punktion des Seitenventrikels.«

Über die gegebene Kasuistik sei Folgendes kurz angemerkt: Fall 1, Jahrelange chronische Otitis, die nach einer Basisfraktur sich verschlimmert und binnen $2^1/_2$ Monaten durch Meningitis zum Tode führt. Die Warzenfortsatzaufmeißelung hatte keinen Eiter gefunden und keinen Nutzen gehabt. Hieran schließen sich 2 Fälle, in denen Schädelbrüche Ohreiterungen, die vorher nicht bestanden, zur Folge hatten. Nämlich: Fall 2, † an consecutiver Meningitis, trotzdem ein Empyem des Processus geöffnet war. Und Fall 3; dieser genas, nachdem ebenfalls eine Warzenfortsatzeiterung geöffnet und ein gelöster Schädelbruchsplitter entfernt war. Fall 4, Warzenfortsatzempyem, Meningitis, Abscess und Erweichung des Hirns. † trotz mehrfacher Operation. Fall 5, linksseitige Otitis nach Influenza. Warzenfortsatzempyem, extraduraler und schließlich auch cerebraler Schläfenlappenabscess, sämmtlich der Reihe nach operativ versorgt. Trotzdem †. Es kamen klinisch interessante Sprachstörungen zur Beobachtung. Fall 6, besonders interessant. 29jähriger Schutzmann. Otitis, Warzenfortsatzeiterung, Sinusphlebitis, Pyämie mit multiplen Metastasen (Vereiterung eines Auges, eines Kniees und Wadenabscess). Trotzdem geheilt und wieder dienstfähig geworden. Die Behandlung bestand bezüglich des Ohrleidens in der Warzenfortsatztrepanation und Freilegung des Sinus. Ebenfalls sehr lehrreich ist der letzte 7., auch glücklich geendete Fall. 38jähriger Pat. mit linksseitiger Ohraffektion. Es kamen allgemeine Drucksymptome mit Krämpfen und Parästhesien, eine Parese der rechten Hand, so wie Sprachstörungen zur Beobachtung. Die Behandlung bestand in Aufmeißelung des eitergefüllten Processus, Revision der abgelösten Dura; Probepunktionen im Schläfenlappen hatten nichts ergeben. Man muss eine vorübergehende leichtere Affektion des Gehirns annehmen, am wahrscheinlichsten eine einfache lediglich seröse Meningitis, entstanden entweder als Folge kollateraler Hyperämie oder lokaler toxischer Wirkung von Seiten der aurikulären Eiterungsvorgänge.

Aus der einschlägigen Litteratur sind 60 Abhandlungen herangezogen, die zum Schlusse der Arbeit aufgezählt werden.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

11) **J. L. Firth.** On the question of the advisability of ligaturing the jugular vein in the treatment of sigmoid-sinus thrombosis.

(Bristol med.-chir. journ. 1901. März.)

Nach den Erfahrungen des Verf. kommen bei alleiniger Antrotomie ohne Ausräumung des thrombosirten und inficirten Sinus und ohne Unterbindung der Jugularis einzelne Pat. selbst bei ausgesprochener Pyämie durch. Eben so war der Ausgang in manchen Fällen, in welchen nur die Ausräumung des Sinus vorgenommen wurde, günstig. Immerhin ist bei dieser Behandlung der Erfolg meist sehr zweifelhaft. Die Operation sollte, wenn die Unterbindung der Jugularis nothwendig erscheint, immer mit der Freilegung der Vene beginnen, um eine Infektion der Halswunde zu verhüten. Hierauf wird (nach vorheriger Antrotomie) der Sinus freigelegt und, falls er inficirt erscheint, nun zunächst die Jugularis unterbunden; erst dann wird der Sinus eröffnet. Die Unterbindung der Vene ist unnöthig: 1) wenn der gesammte inficirte Sinusinhalt aus der Öffnung

im Sinus entfernt werden kann, 2) wenn die Lichtung der Vene durch feste Thromben verschlossen ist und die Infektion derselben durch Ausräumung des Sinus verhütet werden kann.

Zur Klärung der Frage zieht Verf. folgenden Fall heran:

Pat. litt früher an Otorrhoe; die jetzige Erkrankung beginnt akut mit Schmerzen im rechten Ohre, schweren Kopfschmerzen, Erbrechen, Schüttelfrost, Fieber. Kein Ausfluss aus dem Ohre, Trommelfell nicht vorhanden, Warzenfortsatz nicht geschwollen, nicht druckschmerzhaft. Die Antrotomie ergiebt Vereiterung der tieferen Mastoidzellen und des Antrums. Freilegung des Sinus, wobei zunächst ein extraduraler Abscess eröffnet wird, breite Eröffnung des gelblich verfärbten Sinus und Ausräumung eines central vereiterten Thrombus in ca. 4 cm Ausdehnung, bis von beiden Richtungen her freie Blutung auftritt. Stillung derselben durch feste Tamponade. Zunächst glatter Verlauf; dann entsteht unter Temperatursteigerung eine Schwellung unter dem obersten Theile des Sternocleidomastoideus, welche nach dem Kieferwinkel zu sich entwickelt. Nach einer Woche spontaner Rückgang der Schwellung zugleich mit reichlicher Eiterung aus der Schädelöffnung. Bei Druck auf die Schwellung erfolgt Eiterentleerung aus der Schädelöffnung (Perforation des Warzenfortsatzes an der inneren unteren Fläche oder ganz in der Nähe desselben). Weiterhin glatter Verlauf und Heilung.

Auf Grund mehrerer ähnlich behandelter Fälle aus der Litteratur, welche kurz mitgetheilt werden, hält Verf. die Jugularisunterbindung für unnöthig in Fällen, welche operirt werden, ehe es zu embolischen Abscessen gekommen ist, wenn nach Ausräumung des Sinus eine freie Blutung von beiden Enden her erfolgt, oder gesund aussehende Thromben den Sinus an beiden Enden oder wenigstens am Jugularisende verschließen. **Mohr** (Bielefeld).

---

12) V. Cozzolino. Etude bactériologique sur l'ozène.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1899. No. 7.)

C. hat bei 42 Fällen wahrer Ozaena die vorhandenen Bakterien studirt. Er fand in allen Fällen den Bacillus mucosus ozaenae von Loewenberg-Abel. Bei 28 Fällen wurde der Pseudodiphtheriebacillus mikroskopisch, nur in 7 Fällen davon auch durch Kultur nachgewiesen. Ferner in 9 Fällen Staphylococcus aureus, in je 7 Fällen Staphylococcus albus und Bacillus pyocyaneus; dann in Einzelfällen Sarcina, Subtilis, Megatherium, Streptokokken. Einmal wurden auch Tuberkelbacillen gefunden bei einer Pat., die mit einem Phthisiker verkehrt hatte. C. giebt eine genaue Beschreibung seiner Kulturen, stellte weiterhin Versuche zur Abtödtung des Bacillus mucosus mit verschiedenen Antisepticis an. Dabei erwiesen sich die meisten in der möglichen Desinfektionszeit von 10—15 Minuten recht wenig wirksam, was C. auf die Schleimhülle des Bacillus zurückführt. In 9 Serien untersuchte C. den aus je einem Ozaenafalle kultivirten Bacillus mucosus auf seine Pathogenität: er erwies sich bei Meerschweinchen, Kaninchen und weißen Mäusen pathogen. Einimpfungen von Kulturen, die direkt aus den Krusten gewonnen waren, führten den Tod nicht herbei, wohl aber stark entzündliche Erscheinungen; nach wiederholtem Durchgange durch den Thier-

körper stieg die Virulenz der Bacillen aber bedeutend. Bei Aufenthalt im Blutserum nahm die Virulenz ab. In der Nase gab die Einimpfung des Bacillus nach Abkratzung der Schleimhaut bei Meerschweinchen und Kaninchen kein Resultat. Die von Ozaenafällen kultivirten Pseudodiphtheriebacillen zeigten keinerlei Pathogenität. Demnach glaubt C. die Versuche zur Behandlung von Ozaena mittels Diphtherieserum als absolut haltlos und unbegründet hinstellen zu können. 12 Fälle von Ozaena, die er mit diesem Serum behandelte, zeigten keine wesentliche Besserung, nur während der Dauer der Injektionen Hyperämie, Schwellung, stärkere Sekretion der Schleimhaut, Abnahme des üblen Geruches, in den Krusten sehr wenige Bacilli mucosi, dagegen viele Pseudodiphtheriebacillen. Das Resultat dieser Behandlung unterscheidet sich also nicht von dem des Jodkali, der Einspritzungen mit physiologischer Kochsalzlösung etc.

Toxine konnte C. aus den Kulturen des Bacillus nicht gewinnen. Die histologische Untersuchung ergab in den verschiedenen Stadien der Ozaena verschiedene Resultate: in den beiden früheren Stadien zeigt sich bereits eine Verdünnung und beginnende Erosion an den Muschelknochen, während die Schleimhaut wenig verändert ist, eigentlich nur Infiltration mit Leukocyten und Degenerationserscheinungen an den Schleimdrüsen aufweist. Mit dem Fortschreiten der Krankheit stärkere Schrumpfung der infiltrirten Schleimhautpartie, zunehmende Verkümmerung der Gefäße, Zugrundegehen des Flimmerepithels, das durch Plattenepithel ersetzt wird. Der Muschelknochen wird in diesem letzten Stadium so stark atrophisch, dass von ihm am Lebenden keine Präparate mehr gewonnen werden können. C. schließt aus alle diesem, dass der primäre, der Ozaena zu Grunde liegende Process die Atrophie des Knochens der mittleren (Siebbein-) Muschel darstellt. Die untere (Maxillar-) Muschel nimmt später und unvollständiger an der Atrophie Theil. Die Atrophie wäre zurückzuführen auf eine Ernährungsstörung, die C. als angeborene Anlage ansieht. Auf dem Boden dieser Atrophie und der darauf beruhenden Sekretionsstörung siedelt sich der Bacillus mucosus an und verursacht durch seine Produkte den specifischen Gestank.

Kümmel (Breslau).

---

13) **J. Wolff.** Über frühzeitige Operation der angeborenen Gaumenspalten.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 301. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1901.)

In dem in der »Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins« gehaltenen Vortrage (s. Ref. p. 746 dieses Centralbl. 1900) bestätigt W. unter Vorführung einer Reihe operirter Kinder und gestützt auf umfangreiche Tabellen seiner Fälle aufs Neue den Werth der frühen Gaumennaht nach der von ihm angewandten mehrzeitigen Methode. Gegenüber den von deutschen und französischen Chirurgen erhobenen Einwänden zeigt er, dass die Schwierigkeiten der Opera-

tion bei zarten Kindern erheblich geringere — größere Blutersparnis und leichtere Ablösung des Involucrum palati duri — seien, als bei älteren Individuen, dass sich die Aussichten auf das glückliche Gelingen der frühzeitigen Operation gebessert haben, die Gefahren derselben bei Kindern, die das erste Lebenshalbjahr hinter sich haben, minimale (= 3,4% Mortalität), bei denen von 2—6 Monaten nicht bedeutende (10,5%) und jedenfalls gegenüber den nicht operirten mit Gaumenspalte geborenen Kindern wesentlich geringer seien. Außerdem bringe die geglückte Operation den Kindern die allergrößten Vortheile, indem sie eine direkt lebensrettende Wirkung ausübe, die spätere Sprache der Kranken zu einer normalen mache und auch die späteren psychischen Verhältnisse derselben aufs günstigste beeinflusse. Bei keinem der Operirten hat W. eine mangelhafte Oberkiefer- und Gesichtsentwicklung als Folge des frühzeitigen Spaltverschlusses beobachten können. Alle diese Erfolge des letzteren sind nach Verf. sowohl bei den nicht durchgehenden Spalten, als auch bei ein- oder doppelseitig durchgehenden Lippen- und Gaumenspalten erreichbar. **Kramer** (Glogau).

---

14) **E. Escat.** Traité médico-chirurgical des maladies du pharynx.

(Paris 1901.)

In einem stattlichen Bande von 576 Seiten Großoktav hat Verf., von dem eine ganze Reihe Einzelmittheilungen über die in dem Buche besprochenen Krankheiten früher erschienen sind, eine zusammenhängende Darstellung der Erkrankungen des Epi-, Meso- und Hypopharynx gegeben. Er hat damit thatsächlich eine Lücke in der Litteratur ausgefüllt, da merkwürdigerweise bisher eine solche Darstellung ausführlicherer Art in der deutschen und, so weit dem Ref. bekannt ist, auch in der fremdländischen Litteratur fehlt. Am besten weggekommen sind in dieser Darstellung die entzündlichen Erkrankungen, speciell die akuten und chronischen Anginen; diese sind mit großer Sorgfalt klassificirt, wobei die allgemeine Neigung der französischen Kliniker zum Schematisiren allerdings sehr stark hervortritt. Der Behandlung der einzelnen Anginaformen ist ein sehr breiter Raum gewährt, das Klinische, Pathologisch-Anatomische und Bakteriologische so wie die Differentialdiagnose aber gleichfalls ausführlich behandelt. Auch die Diphtherie ist ausführlich besprochen. Die chronischen Veränderungen im Rachen sind von den akuten vollständig getrennt behandelt, was die Übersicht bei den Oberflächenerkrankungen etwas erschwert; unter ihnen nimmt die Darstellung der Syphilis in ihren verschiedenen Stadien gegenüber der Tuberkulose einen auffallend breiten Raum ein. Das Sklerom findet keine Erwähnung; bei der Seltenheit der Erkrankung in der Heimat des Verf. ist das nicht sehr verwunderlich, aber entschieden eine Lücke. Von den Geschwülsten finden die des Epipharynx, und

unter ihnen die Nasen-Rachenfibrome eine besonders ausführliche Besprechung, doch ist die eigentliche chirurgische Behandlung, die Voroperationen, sehr kurz abgemacht. Das Letztere gilt auch für die im Übrigen ausführlich behandelten bösartigen Geschwülste der Mandelgegend und des Gaumensegels. Der letzte Abschnitt des Buches behandelt die Nervenerkrankungen des Rachens und die Missbildungen desselben. Hier sind auch die verschiedenen Formen der Gaumenspalten besprochen und deren Behandlung durch Operation und Prothese in Kürze dargestellt. Von den 150 Abbildungen stellt ein sehr großer Theil Instrumente dar, die anderen sind offenbar alle nach Federzeichnungen wiedergegeben und haben den etwas schematischen Charakter von solchen, sind aber größtentheils recht instruktiv, zum Theil ausgezeichnet. Ein Vorwort von Subet Barbon geht dem vortrefflich ausgestatteten Buche voraus.

Kümmel (Breslau).

---

15) **Barrago-Ciarello.** La sutura dell' accessorio di Villis col facciale, nella paralisi del facciale.

(Policlinico 1901. No. 3.)

Faure und Furet (s. Centralblatt 1898 p. 1172) haben eine Methode angegeben, zur Heilung von Facialislähmungen, besonders nach Verletzungen im knöchernen Verlaufe, eine Anastomose des centralen Stückes mit dem Accessorius herzustellen. Der von dem Autor operirte Fall scheint resultatlos geblieben zu sein. B.-C. hat an Hunden experimentell festgestellt, dass in der That sich nach Durchschneidung des Facialis so eine neue Nervenleitung ermöglichen lässt.

Bei 2 Hunden wurde der Facialis am Foramen styloideum durchschnitten und mit dem am Sternocleido-mastoideus abgeschnittenen und nach oben geschlagenen Accessorius vereinigt.

Nach der Operation trat komplete Facialislähmung ein; es bildete sich Entartungsreaktion aus. Nach etwa 4 Monaten begann die Funktion sich wieder herzustellen und war nach 6 fast hergestellt. Die Entartungsreaktion ging zurück. Es blieb eine leichte Muskelatrophie.

Bei einem 3. Hunde wurde der Facialis mit dem durchschnittenen Vagus vereinigt. Auch hier trat nach anfänglicher Lähmung später die Funktion wieder auf, der Nerv wurde in der Wunde frei gelegt. Fixirung des Vagus central ergab Kontinuation im Facialisgebiete. Die Sektion zeigte die Nerven gut verwachsen. (Mikroskopische Untersuchung vorbehalten.)

Autor bespricht, wie eine derartige Funktionsübertragung zu Stande kommen könne. Er glaubt, dass vorhandene Associationsfasern der Centren hier eintreten, und durch eine Schulung und Übung des Willens allmählich gelernt werde, auf dem neuen Wege die Peripherie wieder richtig zu innerviren.

Nach Allem, vorbehaltlich der Verschiedenheit zwischen Hund und Mensch, glaubt Autor diese Methode empfehlen zu dürfen für frische Lähmungen. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

16) **R. Grünbaum.** »Ikonometrie«. Eine neue Methode der Skoliosenzeichnung und -Messung.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. IX. Hft. 1.)

Verf. stellte im Institute von Bum und Herz in Wien auf Anregung des Letztgenannten Versuche an, um eine einfache Methode ausfindig zu machen, mittels welcher sich die Kontouren eines Körpers auf eine Zeichenfläche zum Nachzeichnen projiciren lassen. Die Methode wird bezeichnet als »Ikonometrie« (εἴκων, das Bild). Als »Ikonometer« benutzte Verf. die Camera lucida von Wollaston und den Dikatopter von Epper. Letzterer eignet sich gut als Zeichenapparat für Skoliosen, wie zwei Kontourbilder beweisen können. (Bezugsquelle: G. J. Pabst, Nürnberg, Preis: 15 *M*.) Im Nachtrage giebt Verf. an, dass zu ikonometrischen Aufnahmen auch eine gewöhnliche Reflexcamera der Photographen zu verwenden sei.

J. Riedinger (Würzburg).

17) **C. Deutschländer.** Die Behandlung der schweren Skoliose.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. IX. Hft. 1.)

Nach einigen Betrachtungen über die pathologische Anatomie der Skoliose, denen die Beschreibung zweier Präparate zu Grunde liegt, und über die Behandlung der schweren Skoliosenformen im Allgemeinen kommt Verf. zur Ansicht, dass sich eine sichere Dauerredression zur Zeit nur durch einen Gipsverband, den man in redressirter Stellung anlegt, erreichen lässt. Verf. schildert alsdann das Verfahren, das er in der Greifswalder chirurgischen Klinik zur Anwendung bringt. Die Eingipsung nimmt er im Hoffa-Barwell'schen Sitzrahmen vor, in welchem das Becken und die Oberschenkel mittels eines Gurtes an den Sitz fixirt werden und die Extension am Kopfe durch eine aus Cambricbinden improvisirte Kopfschwebe ausgeübt wird. Der Gipsverband erstreckt sich vom Kopfe bis zum Becken. Rumpf und Hals werden mit Watte gut gepolstert. Die Redression des Rippenbuckels während des Erhärtens des Verbandes geschieht entweder durch die Hände eines Assistenten oder durch eine Pelotte, die mittels eines Flaschenzuges fest angezogen wird. Nach 2 Tagen, während welcher Pat. unter Fortsetzung der Extension flach liegen muss, wird der Verband am Kopftheile und an den Schultern ausgeschnitten. Er bleibt 8—12 Wochen liegen. Zu frühzeitiges Aufstehen ohne Verband ist zu vermeiden. Nach Pausen von 2 bis 3 Monaten wird event. ein zweiter und dritter Verband angelegt. Die Nachbehandlung erstreckt sich auf die sonst üblichen Maßregeln. Hinsichtlich des Endresultates soll man sich nach Angabe des Verf. keinen allzu großen Erwartungen hingeben. Besserung sei aber zu erwarten. **J. Riedinger** (Würzburg).

18) **Roncali.** Proposta di un nuovo metodo di laminectomia temporanea e descrizione di nuovi istrumenti all' uopo ideali.

(Policlinico 1901. No. 1 u. 2.)

R. schlägt eine osteoplastische Resektion der hinteren Wirbelbögen vor. Der von einem Längsschnitte gebildete Lappen, oben und unten adärent, soll seitlich verlagert werden. Um die Bögen ohne Verletzung der Wurzeln und des Markes trennen zu können, hat R. eigne Instrumente konstruirt: Einen »Laminoklast«, eine Knochenzange, die die Bögen durch Schraubenkraft durchschneidet. Wo dieselben zu nahe an einander liegen, um die schneidenden Branchen des Instrumentes ansetzen zu können, werden durch eine Knochenzange oder mit Bohrer und Fraise Löcher geschaffen. Eine eigene Fasszange hebt den Lappen zur Seite. Die Instrumente sind erst an der Leiche erprobt. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

19) **L. Guinon.** Le point de côté abdominal dans les affections pleuro-pulmonaires aiguës.

(Revue mens. des malad. de l'enfance 1901. p. 167.)

Verf. weist darauf hin, dass die Schmerzen bei Erkrankung der Lungen etc. bei Kindern in den Unterleib, ja mitunter in die Fossa iliaca dextra verlegt werden. Er zeigt, dass bei einem 13jährigen Mädchen die Diagnose zwischen centraler Pneumonie und Appendicitis bis zur Krise schwanken konnte. Er empfiehlt, den größeren Werth auf die »défense musculaire«, weniger auf den Schmerzpunkt zu legen, und bewahrte sich so vor Irrthum. **Göppert** (Kattowitz).

Kleinere Mittheilungen.

Eine seltene Indikation zur sacralen Exstirpation der Gebärmutter.

Von

W. Sachs in Mülhausen i/E.

Wenn auch die sacrale Methode der Uterusexstirpation sich keinen gleichberechtigten Platz neben der vaginalen und abdominalen erringen kann[1], so wird sie doch nie gänzlich verlassen werden, da sie für gewisse Fälle von unschätzbarem Werthe ist.

Als Indikationen für die sacrale Methode sind von den Begründern derselben wie von den späteren Autoren, welche modificirend und erweiternd eingriffen, im großen Ganzen folgende aufgestellt worden: 1) Große Enge der Vagina. 2) Übergreifen des Carcinoms auf die Vagina und Parametrien. 3) Zu umfangreiche Geschwulst, wenn dieselbe die Vagina nicht passiren kann. 4) Fixation der Gebärmutter, wenn noch Aussicht vorhanden ist, in nicht degenerirtem Gewebe zu operiren.

In einem Falle von Carcinoma cervicis, der mir von meinem Bruder Dr. A. Sachs zur Totalexstirpation überwiesen wurde und in welchem die sacrale Methode

[1] S. die diesjährigen Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie und der deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Gießen.

als der einzig gangbare Weg erschien, lag keine der eben erwähnten Indikationen vor; vielmehr litt die 50jährige Pat. an einer so hochgradigen Ankylose beider Hüftgelenke in Adduktions- und leichter Flexionsstellung, dass der vaginale Zugang unmöglich war. Aus dem Status praesens seien folgende Angaben hervorgehoben: Bei aufrechter Stellung der Frau ist die maximale Spreizung der Beine so gering, dass in einer Entfernung von 12 cm vom Introitus vaginae die Entfernung der Innenfläche der Schenkel nur 6 cm beträgt. Der touchirende Finger muss von hinten her über den Damm eingeführt werden. Die Hüftgegenden sind beiderseits außerordentlich verbreitert, so dass, besonders rechts, zwischen den Trochanteren und den Darmbeinen förmliche Höcker zu Stande kommen, welche durch den außerordentlichen Fettreichthum dieser Gegenden noch besonders vergrößert werden. Dasselbe gilt beiderseits von der Glutäalregion, deren enormer Panniculus die Zugänglichkeit zum Operationsgebiete (i. e. zum sacralen) beeinträchtigt, zumal die Fettwülste bei der behinderten Flexion im Hüftgelenke nicht abgeflacht werden können. Der Gang der Kranken ist ein äußerst schlechter; sie läuft immer Gefahr, über ihre eignen Beine zu stolpern, da durch die fixirte Adduktion der Oberschenkel die Kniee beim Vorwärtsschreiten an einander stoßen. Im Zimmer hält sich Pat. an den Möbeln an, um sich fortzubewegen; bei Wendungen nach rechts oder links bedarf sie besonderer Vorsicht, um nicht zu fallen.

Das zur Ankylose der Hüftgelenke führende Leiden bei der sonst gut genährten und gesund aussehenden Frau ist eine seit etwa 15 Jahren langsam in fortschreitender Entwicklung begriffene Arthritis deformans, die zu erheblichen Verdickungen der Pfannen sowohl wie der Gelenkköpfe und zu beträchtlichem Hinaufrutschen der Trochanteren geführt haben mag.

Dass bei diesem Zustande, der ein Spreizen der Beine und die normale Steinschnittlage verbot, an den vaginalen Weg nicht zu denken war, ist einleuchtend. Gegen die abdominale Methode sprach, außer dem Bedenken der größeren Mortalität, in unserem Falle die sehr tiefe Fixation der Gebärmutter und der Umstand, dass jede Voroperation von der Scheide aus unmöglich war. Desshalb war auch an die Schuchardt'sche Modifikation[2] nicht zu denken.

Aber auch für die sacrale Exstirpation lagen begreiflicherweise die Verhältnisse nicht so einfach wie unter normalen Bedingungen. Denn einmal konnte bei der Steifigkeit des ganzen Körpers die Pat. nur schwer in Seitenlage erhalten werden, und dann ließen sich die glutäalen Fettwülste durch die Unmöglichkeit der ventralen Oberschenkelflexion so wenig abflachen, dass das Operationsfeld sich in großer Tiefe verlor.

In Bezug auf die Operationstechnik, die in den letzten Jahren mehrfach diskutirt wurde und die in unserem Falle nichts Neues darbot, verweise ich auf die Arbeiten und Vorträge von Hochenegg[3], Herzfeld[4], Wiedow[5], Goldmann[6], Czerny[7], Steinthal[8], Rydygier[9], Abel[10], Schede[11] u. v. A. Es hieße nur längst Bekanntes wiederholen, wollte ich die Vorzüge des bekannten erprobten

---

[2] Centralblatt für Chirurgie 1893. p. 1121.

[3] Wiener klin. Wochenschrift 1888. No. 19; 1889. No. 9 und 1893. No. 41.

[4] Allg. Wiener med. Zeitung 1888. No. 34 und Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie 1893.

[5] Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 10.

[6] Beiträge zur klin. Chirurgie von Bruns Bd. VII. p. 469.

[7] Beiträge zur klin. Chirurgie von Bruns Bd. VII. p. 477 und Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1893.

[8] Württemb. ärztl. Korrespondenzblatt 1892. p. 249. — Archiv für klin. Chirurgie 1893. p. 275. — Deutsche med. Wochenschrift 1893. No. 21 und Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1893.

[9] Przegląd lekarski 1892. No. 51 nach V. H. 1892.

[10] Centralblatt für Gynäkologie 1893. p. 450.

[11] S. Ref. Centralblatt für Chirurgie 1893. p. 152.

Operationsverfahrens noch einmal hervorheben. Wer sich an die Vorschriften der genannten Autoren hält, kann bei etwas topographischer Orientirungsfähigkeit und bei unkomplicirten Fällen diese Operation ausführen, auch wenn er sie nie an der Leiche oder am Lebenden gesehen hat. Für wichtig halte ich eine umsichtige und ausdauernde Assistenz.

Die körperliche Missgestaltung unserer Pat. hatte noch einige Schwierigkeiten in der Nachbehandlungsperiode zur Folge. Die normale Rückenlage mit leicht erhöhtem Becken war nicht durchführbar, da die Kranke bei der Unbeweglichkeit der Hüftgelenke diese Position nicht lange aushielt, Bauchlage war gänzlich unmöglich. So blieb nur noch die Seitenlage übrig, an welche die Pat. aus gesunden Tagen gewöhnt war. Trotzdem dieselbe so häufig wie möglich gewechselt wurde, trotzdem durch Luftkissen der Druck auf die Trochanteren möglichst vermieden wurde, bildete sich doch ein handtellergroßer Karbunkel auf dem linken Trochanter aus, der in Verbindung mit einer Infektion der äußeren Wunde (das Peritoneum blieb gänzlich verschont) die Rekonvalescenz in die Länge zog. Sonst waren die Folgen der Operation, die vor $6^1/_2$ Monaten ausgeführt wurde, sehr günstige. Die Narbe ist schmerzlos, Funktionsstörungen von Seiten der Blase und des Mastdarmes bestehen nicht, das Allgemeinbefinden ist sehr gut, Recidiv noch nicht vorhanden.

---

20) **E. Weill et Galavardin.** Nodosités rhumatismales périostiques et tendineuses avec examen histologique, mort subite par myocardite interstitielle aiguë. — Chorée de Sydenham etc.

(Rev. mens. des malad. de l'enfance 1901. April.)

Die 7jährige Pat. war seit 2 Monaten mit zunehmenden Schmerzen der Extremitätenmuskulatur erkrankt. Seit 3 Wochen tägliche Anfälle von Schmerzen und Kontrakturen in oberer und unterer Extremität. Bei der Aufnahme fanden sich kleine Knötchen längs der Sehnen der Extensoren und Flexoren an der Hand und dem benachbarten Theile des Vorderarmes, ferner Knötchen auf den Sehnen um beide Knöchel und auf diesen selbst. Temperatur 38. Endokarditis und Chorea. Anfälle von Dyspnoë, denen das Kind am 7. Tage der klinischen Behandlung erliegt. Die Sektion ergab ausgedehnte Myocarditis interstitialis in herdförmiger Anordnung, außerdem Endocarditis valvulae mitralis. Die Knoten an den Sehnen liegen denselben unmittelbar auf und bestehen aus mit jungen Zellen infiltrirtem Bindegewebe. Die Knoten auf dem Periost gehören der äußeren lockeren Schicht desselben an; sie bestehen aus einer sulzigen Masse. Im mikroskopischen Bilde zeigt das Bindegewebe einige über einander liegende Hohlräume, die mit amorpher oder fibrillär angeordneter Zwischensubstanz ausgefüllt sind. Die Zwischensubstanz wird ohne völlige Begründung als Fibrin angesprochen. Diese letztere Struktur ist bisher noch nicht beobachtet worden.

Das Krankheitsbild wird als ein im Bindegewebe, nicht in der Serosa verlaufender Rheumatismus aufgefasst. **F. Göppert** (Kattowitz).

21) **Galin und Titow.** Fall einer weißen Phlegmone.

(Chirurgia Bd. VI. p. 579. [Russisch.])

Verff. beschreiben einen sehr seltenen Fall, in welchem der Eiter genau so weiß wie Milch aussah. Der Fall betraf einen 21jährigen Soldaten von athletischer Körperkonstitution. Seit etwa einem Monate hatte er eine schmerzhafte Anschwellung in der linken Achselhöhle. Am linken Handteller finden sich Kratzwunden, doch bestreitet Pat., dass dieselben mit seinem Leiden im Zusammenhange stehen. In der Achselhöhle fühlt man eine Geschwulst, welche den Pectoralisrand und den äußeren Theil dieses Muskels in derber Infiltration nach vorn drängt. Die Haut darüber unverändert. Temperatur 38°. Nach 3 Tagen deutliche Fluktuation. Ein Einschnitt in Chloroformnarkose entleert etwa 2 Esslöffel voll hellgelben Eiters. Dieselbe Farbe hat das zum Theil nekrotische Bindegewebe. Ausschaben der zerfallenen Drüsen, Gegenöffnung, Tamponade mit Subli-

matgaze. Am Abend 40°, jedoch besseres Allgemeinbefinden. Abfall der Temperatur bis abendliche Steigerungen auf 38,5°, guter Appetit durch die nächsten 3 Tage. Bei dem Verbandwechsel am 4. Tage bot die Wundhöhle ein außerordentlich auffallendes Bild: Ihre Wände waren von einem Belag überzogen, welcher von blendend weißer Farbe war. Auch das spärliche Wundsekret sieht genau so wie Milch aus. Jodoformbehandlung, Tamponade mit Jodoformgaze. An diesem Tage war die Temperatur noch normal, eben so am nächsten; dann ging sie wieder in die Höhe, und es trat ein Erysipelas dazu. Im Urin viel Eiweiß. Der Kranke starb 13 Tage nach dem Auftreten des weißen Eiters und 7 Wochen nach dem ersten Auftreten der Schmerzen in der Achselhöhle. Die Sektion (Prof. Wyssokowitsch mit seinem Assistenten Titow) ergab eine ganze Reihe schwerer Veränderungen, unter welchen eine fast allgemeine amyloide Entartung die auffallendste war. Milz doppelt so groß als normal. Nieren doppelt vergrößert. Serös-eitrige Pleuritis und Peritonitis. Colitis purulenta. Auch bei der Sektion fällt die durchaus weiße Farbe des Eiters und der Wundhöhlenwände auf. G. und T. halten es für vollständig ausgeschlossen, dass es sich in ihrem Falle etwa um Eröffnung von Lymphgefäßen mit Lymphorrhoe gehandelt haben könnte. Ließ man die weiße Flüssigkeit sich absetzen, so bildete sich ein weißer Niederschlag und darüber eine helle, durchscheinende Schicht. Das Mikroskop zeigte massenhafte Eiterkörperchen.

Die bakteriologische Untersuchung (Dr. Neschtschadimenko) lenkte die Aufmerksamkeit auf das massenhafte Vorhandensein von Streptokokken, die für Thiere nicht pathogen waren.

Über die Ätiologie dieser Phlegmone sprechen sich die Autoren vorsichtig aus, neigen aber dazu, dass dieselbe vielleicht auf eine besondere Abart von Streptokokken zurückgeführt werden könnte.

Egbert Braatz (Königsberg i/Pr.).

22) **J. M. Clarke and R. S. P. Lansdown.** A case of sarcoma of the brain removed by operation.

(Brit. med. journ. 1901. April 13.)

Das Bemerkenswerthe in diesem Falle ist der gänzliche Mangel aller Herdsymptome. Der Kranke, ein 26jähriger Mann, wies als hauptsächlichste Symptome auf: außerordentlich starke Kopfschmerzen, Schmerzen im linken Auge, Ober- und Unterkiefer, Verlust des Sehvermögens. Gelegentlich traten Schwindel und Gähnkrämpfe auf, auch Anfälle von momentaner Bewusstseinsstörung; daneben ging eine allmähliche Abnahme der Gedächtniskraft einher. Irgend welche Lähmungserscheinungen, abgesehen von einer leichten Parese des M. rectus externus sin., lagen nicht vor. Als Behufs Linderung der Symptome, namentlich um die fortschreitende Erblindung aufzuhalten, eine palliative Trepanation in Erwägung gezogen wurde, fand sich auf der linken Seite des Schädels über der unteren hinteren Partie des Os parietale eine Zone, über welcher der Perkussionsschall sich verändert zeigte. Auf dieses Symptom hin wurde der Schädel an der fraglichen Stelle eröffnet, und es fand sich dicht unterhalb der Dura eine eingekapselte Geschwulst, deren Entfernung leicht gelang.

Der Kranke überstand die Operation gut, indessen blieben starke Kopfschmerzen bestehen, und nach ein paar Wochen war an dem Vorhandensein eines Recidivs nicht mehr zu zweifeln. Es wurde desshalb die Schädelhöhle nochmals im Bereiche der alten Operationswunde eröffnet, und es fand sich eine große Geschwulst, welche sich gut gegen die umgebende Partie abgrenzen ließ. Die Auslösung gelang verhältnismäßig leicht, allerdings musste dabei der Tumor zerstückelt werden.

Nach der 2. Operation war der Kranke erheblich kollabirt, indessen hob sich das Allgemeinbefinden schnell. Dagegen war das Verständnis für das, was die Umgebung sprach, verloren gegangen. Der Muskelsinn für die rechte Hand schien stark beeinträchtigt zu sein. Eben so war eine gewisse Schwerfälligkeit der Ausdrucksweise zu bemerken, Pat. war unfähig, einen Satz zu vollenden, und zeigte

Erscheinungen von Paraphasie. Nach einigen Tagen waren rechter Arm und rechtes Bein gelähmt.

Nach einigen Monaten, während derer sich der Kranke gut erholt hatte, waren die Lähmungen zurückgegangen. Die Sprachstörungen gingen zurück, nur musste sich Pat. hier und da auf gewisse Worte besinnen. Schließlich schwanden auch diese Erscheinungen, und es blieben noch zurück eine rechtsseitige Hemianopsie und Beschränkung des Sehvermögens für die untere Hälfte beider Retinae, ferner eine leichte Störung der Koordination im Bereiche des rechten Armes.

Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Spindelzellensarkom.

Weiss (Düsseldorf).

23) **T. Barr and J. H. Nicoll.** Cerebellar abscess successfully treated by operation.

(Brit. med. journ. 1901. Februar 16.)

Es handelt sich um einen 26jährigen Mann, welcher seit 10 Jahren an eitrigem Ohrenflusse und Taubheit linkerseits litt. Bei der ersten Untersuchung klagte der Kranke über Schmerzen im Ohre so wie im ganzen Kopfe, dessgleichen über Schwindelgefühl. Es bestand eine deutliche, wenn auch nicht völlige Lähmung des N. facialis. Eine Woche später war die Gegend des Proc. mastoideus so wie das hintere Halsdreieck druckempfindlich, und der Kranke zeigte Neigung zum Erbrechen. Zunächst wurde die Höhle des Proc. mastoides eröffnet und das in dichtem, sklerosirtem Knochen gelegene, mit Eiter und Granulationen ausgefüllte Antrum ausgeräumt; dabei wurde der Sinus frei gelegt; derselbe erwies sich als gesund.

Trotz der Operation verschlimmerten sich die Symptome. Der Kranke wurde apathisch und benommen. Es trat Nystagmus auf, die linke Pupille war zeitweise weiter als die rechte und reagirte nur träge auf Lichteinfall.

Am 3. Tage nach der Operation war Pat. nahezu komatös. Die linke Pupille war nahezu doppelt so groß wie die rechte und reagirte sehr langsam. Die Facialisparese war sehr deutlich.

In Anbetracht der bedrohlichen Erscheinungen wurde die erste Operationsöffnung erweitert, hauptsächlich nach hinten in der Gegend des Sinus und nach oben nach dem Boden der mittleren Schädelgrube zu. Es zeigten sich nirgends krankhafte Veränderungen, abgesehen von der Sklerose des Knochens. Sodann wurde eine Trepanationsöffnung über dem Schläfenlappen angelegt; die Dura wölbte sich etwas vor und nach Incision derselben die Gehirnrinde. Der Schläfenlappen wurde nach verschiedenen Richtungen hin punktirt, indessen ohne Erfolg. Schließlich wurde noch das Kleinhirn frei gelegt. Es zeigte sich, dass diese Gehirnpartie unter ziemlich erheblichem Drucke stand. $^1/_2$ Zoll unterhalb der Oberfläche [der Hirnrinde fand sich denn auch ein Abscess. Die Höhle wurde ausgespült und drainirt. Es trat rapide Besserung ein. Nach 6 Wochen hatte der Kranke weiter keine Erscheinungen, als dass sich aus dem Mittelohre und der Drainageöffnung des Hirnabscesses geringe Mengen übelriechenden Eiters entleerten.

N. legte desshalb nochmals das Kleinhirn frei, und zwar durch die hintere Wand des Felsenbeines von der alten Operationsöffnung im Proc. mastoides aus. Die Abscesshöhle wurde dann auch von hier aus drainirt. Die Sekretion nahm nun schnell ab, und die Eiterhöhle schloss sich bald. Einige Monate später entleerte sich noch ein Sequester aus dem Mittelohre. Danach trat völlige Heilung ein. Die Facialislähmung schwand vollständig. Nach über 2 Jahre sind keine Erscheinungen mehr aufgetreten. **Weiss** (Düsseldorf).

24) **J. Molinié.** Deux abcès sous-dure-mériens dont un gazeux ouverts au cours d'une trépanation mastoïdienne.

(Revue hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1900. No. 28.)

Eine so häufige intrakranielle Komplikation der Mittelohreiterung der extradurale Abscess ist, so enorm selten ist derselbe gashaltig. Im vorliegenden Falle

bestanden denn auch ungemein schwere Allgemeinerscheinungen. Es fanden sich bei dem 8jährigen Mädchen 2 getrennte Abscesse der mittleren Schädelgrube; aus dem einen entleerten sich bei der Operation zahlreiche Gasblasen. Glatte Heilung. Verf. konnte in der Litteratur keinen gashaltigen extraduralen Abscess ermitteln.

F. Alexander (Straßburg i/E.).

25) **A. L. Whitehead.** Case of cavernous angioma of the orbit.

(Brit. med. journ. 1901. April 13.)

Es handelt sich um einen 51jährigen Mann, welcher an einer seit 10 Jahren allmählich immer stärker werdenden Vortreibung des rechten Auges litt. Diese war so stark geworden, dass die Lider nicht mehr völlig geschlossen werden konnten; in der unteren Hälfte der Hornhaut bestand ein Geschwür. Die Pupille war erweitert, die Beweglichkeit des Augapfels nahezu vollständig aufgehoben. Oberhalb des Auges schimmerte durch die Conjunctiva eine blau-schwarze, gelappte Geschwulst durch. Die Sehschärfe betrug $^6/_{60}$, der Augenhintergrund war normal. Schmerzen hatten nur in der letzten Zeit bestanden; sie waren wahrscheinlich auf das Hinzutreten des Hornhautgeschwürs zu beziehen.

Behufs Entfernung der Geschwulst wurde der Canthus externus bis zum Rande der Orbita, die Conjunctiva bis zum Rande der Cornea durchtrennt. Nach Durchtrennung des M. rectus externus konnte die Geschwulst aus der Augenhöhle hervorgezogen und entfernt werden. Die Stümpfe des M. rectus wurden vernäht, die Wunden der Conjunctiva und des Canthus externus geschlossen.

Die Sehschärfe hob sich auf $^6/_9$, die Beweglichkeit des Auges stellte sich wieder her.

Die Geschwulst war 5,4 cm lang, ihre größte Breite betrug 3,7 cm; sie bestand aus 3 Lappen. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein kavernöses Angiom.

Weiss (Düsseldorf).

26) **Compaired.** Un cas de mal perforant de la bouche.

(Revue hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1900. No. 15.)

Verf. berichtet über einen 27jährigen Mann, der seit einem Jahre über Ausfall der Zähne und Schmerzen im Munde klagt. Weder Lues, noch Tuberkulose, noch Tabes sind bei dem Pat. nachweisbar. Es findet sich außer starkem Gestanke und zahlreichen Geschwürsbildungen am Zahnfleische eine 2 : 3,5 cm messende Perforation oberhalb des 1. Prämolaren. Verf. ist geneigt, diesen Zustand in Analogie mit der nicht specifischen Perforation der Nasenscheidewand zu setzen; in Folge gröbster Vernachlässigung der Mundpflege biete diese Gegend mehr denn je zahlreichen Mikroben, thermischen Einflüssen etc. einen Angriffspunkt. **F. Alexander** (Straßburg i/E.).

27) **O. Zusch** (Heidelberg). Ein Fall von Noma mit ausgedehnter Soorbildung in hohem Alter.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 20.)

Bei dem 66jährigen, mit hochgradiger Arteriosklerose behafteten und an septischen Erscheinungen zu Grunde gegangenen Pat. war der nomatöse Process, begünstigt durch die schwere Stomatomykose und durch den Druck der gegenüberstehenden Molarzähne auf die Wangenschleimhaut, wahrscheinlich auf die durch die Arteriosklerose bedingte lokale Cirkulationsstörung zurückzuführen. Für eine parasitäre Genese im Sinne einer specifischen Nomainfektion ergab die mikro- und bakterioskopische Untersuchung keine Anhaltspunkte. **Kramer** (Glogau).

28) **V. Subbotić.** Ein Fall von Wangenplastik nach Noma.

(Srpski arhiv za celokupno lekarstvo 1901. No. 2. [Serbisch.])

Vor 11 Jahren führte S. wegen großen Defektes nach Noma eine Plastik nach Bardenheuer aus. Ein Hautlappen aus der Stirn mit gegen die Mundhöhle gekehrter Epidermisfläche, ein zweiter aus der Haut des Halses, Epidermis nach

außen gekehrt. Unmittelbarer Erfolg vollständig. Nach 10 Jahren kam der nun 18jährige Pat. wieder zu S. Jetzt bestand vollkommenes Ankylostoma, leichtes Ektropium des unteren Lides und etwas verkleinerte und verzogene Mundöffnung. Verf. führte die Resektion des Unterkiefers nach Esmarch aus, korrigirte das Ektropium und erweiterte plastisch die Mundöffnung.

Bei diesem Falle soll besonders hervorgehoben werden, dass sich die in die Mundhöhle gekehrte Epidermis im Laufe der 10 Jahre gar nicht geändert hat, sondern vollkommen ihren epidermoidalen Charakter beibehalten, nicht den einer Schleimhaut angenommen hat. Mit der Pubertät begannen sogar Härchen auf derselben zu wachsen, welche den Pat. sehr belästigten, die er aber wegen der Unmöglichkeit des Mundöffnens nicht entfernen konnte.

v. Čačković (Agram).

29) **Noquet.** Un cas de tumeur du voile du palais.

(Revue hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1900. No. 29.)

Verf. beobachtete bei einem 3 Monate alten Kinde, das an Erstickungsanfällen litt, eine Geschwulst des Gaumensegels. Dieselbe hatte eine ziemlich glatte Oberfläche und war von rother Farbe, die Konsistenz war derb. Nach Abbindung des Stieles wurde dieser mit einer scharfen Zange abgetragen. Einige Tage später stieß sich der Stielrest ab. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Fibromyxom. Vollkommenes Schwinden der Beschwerden. Zusammenstellung von Fällen von Gaumensegeltumoren. **F. Alexander** (Straßburg i/E.).

30) **Berbineau.** Sur un cas de tumeur maligne du voile du palais.

(Revue hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1899. No. 44.)

Ein 75jähriger Klempner leidet seit 6 Monaten an geringen Schluckbeschwerden. Es findet sich am Zäpfchen eine auf beide Gaumenbögen übergreifende Neubildung von derber Konsistenz und leicht geschwüriger Oberfläche. Nach Abtragung derselben blieb noch während der nächsten 3 Monate eine leicht näselnde Sprache zurück. Im Übrigen erfolgte glatte Heilung, die noch 2½ Jahre nach der Operation bestand. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Epitheliom handelt. Verf. hebt die Seltenheit primärer Epitheliome dieser Gegend hervor. **F. Alexander** (Straßburg i/E.).

31) **C. Froin.** Traitement du croup.

(Presse méd. 1901. No. 30.)

F. beschreibt ein von ihm neu konstruirtes Instrumentarium, welches die Technik der Intubation verbessern soll. Die Vorzüge sind: Erleichterung der Einführung, Erschwerung der Ausstoßung der Tube. Ein über die Lichtung geführter Bügel verhindert, dass diese plötzlich durch eine große Membran verschlossen wird.

Sodann beschreibt F. ein tenotomähnliches Messer zur Ausführung der Nothtracheotomie in einem Tempo und Pincetten zur weiten Offenhaltung der gesetzten Wunde. Genaue Beschreibung und Abbildungen sind im Original nachzulesen.

Bertelsmann (Hamburg).

32) **Luc.** Deux cas de néoplasmes intra-laryngiens opérés par laryngo-fissure.

(Revue hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1900. No. 24.)

Im 1. Falle handelte es sich um einen 51jährigen Mann; derselbe litt an schweren Respirationsstörungen und hochgradiger Aphonie. Die laryngoskopische Untersuchung zeigte eine Neubildung an der vorderen Kommissur. Nachdem die Probeexcision bei der histologischen Untersuchung eine epitheliale Geschwulst ergeben, wurde die Laryngofissur und Exstirpation mit folgender Kauterisation der Insertionsstelle ausgeführt. Glatte Heilung; 8 Monate nach der Operation kontrollirt: freie Athmung, heisere Stimme.

Im 2. Falle handelte es sich um ein 3jähriges Kind mit multiplen Papillomen bei schwerer Respirations- und Phonationsstörung. Hier blieb eine geringe Störung der Athmung zurück; die Stimme war 9 Monate nach der Operation noch ziemlich heiser. **F. Alexander** (Straßburg i/E.).

33) **Schlender.** Über Strumitis nach Pneumonie im Anschlusse an einen Fall von Strumitis mit Mischinfektion.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 272.)

Bericht einer Beobachtung aus Hahn's Abtheilung im Berliner Friedrichshain-Hospitale. 52jähriger, mit Kropf behafteter Mann erkrankt an Pneumonie. Protrahirter Verlauf derselben mit Schmerzhaftwerden des Kropfes. Nach 15 Tagen wird in diesem durch Punktion Eiter nachgewiesen und ein Abscess eröffnet. Es folgen Schüttelfröste, Albuminurie, Herzschwäche mit abnormen Herzgeräuschen. Tod am 21. Tage. Sektionsbefund: Maligne Endokarditis der Aortenklappen. Im Abscesseiter waren Fränkel'sche Diplokokken und Streptokokken gefunden worden. Mikroskopisch fanden sich zahlreiche Venenthrombosen im Kropfgebiete. Beobachtungen von metastatischer Strumitis nach Pneumonie, und durch deren specifische Kokken bewirkt, liegen bereits in mehrfacher Zahl vor (Honsell). Im vorliegenden Falle war die Kropfentzündung sehr intensiv, durch nekrotischen Zerfall des ganzen Organes gekennzeichnet. Ungewöhnlich ist, dass die Strumitis weiterhin eine allgemeine Sepsis bewirkte, die übrigens hier nicht auffallen kann, da es sich um eine Mischinfektion mit Pneumo- und Streptokokken gleichzeitig handelte. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

34) **E. Meusel** (Gotha). Wie ist der Drüsenrest zu gestalten, den man bei Kropfoperationen zurücklassen muss?

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 20.)

Zur Erreichung eines in kosmetischer Hinsicht befriedigenden Resultates pflegt M. das Drüsengewebe horizontal abzutragen, so dass ein flacher, nur an der Hinterseite mit Kapsel überzogener Schilddrüsenrest zurückbleibt. Schwierigkeiten mit der Blutstillung hat M. dabei nie gehabt, Nekrose nicht beobachtet.

Kramer (Glogau).

35) **Schlagenhaufer.** Zwei Fälle von Lymphosarkom der bronchialen Lymphdrüsen mit sekundärer Lympho-Sarkomatose des Ösophagus.

(Virchow's Archiv Bd. CLXIV. p. 147.)

Beide Geschwülste nahmen ihren Ausgangspunkt von hochgradig anthrakotischen Drüsen. Die Speiseröhre zeigte in ausgedehntem Maße eine diffuse Geschwulstinfiltration ihrer verschiedenen Schichten, ähnlich wie bei der Lymphosarkomatose des Dünndarmes. Zu einer Striktur des Ösophagus war es nicht gekommen, eher zu einer Erweiterung des Rohres. Bei einer Pat. waren vorübergehende Stenoseerscheinungen aufgetreten. In beiden Fällen hatte sich schließlich ein lymphosarkomatöses Geschwür gebildet, dessen Entstehung bei der Einwirkung chemischer und mechanischer Reize auf die Neubildung verständlich erscheint. Die 71jährige Frau starb in Folge Verblutung aus der arrodirten Aorta descendens. Bei dem 2. Pat., einem 60jährigen Manne, waren fühlbare Metastasen im Darme vorhanden. **Fertig** (Göttingen).

36) **T. Tuffier et G. Milian.** Contribution à l'étude physiologique de l'hémothorax.

(Revue de chir. 1901. No. 4.)

Die anregende Arbeit bekämpft die alte Anschauung, wonach beim Hämothorax das in den Pleuraraum ergossene Blut gerinne.

Verff. stellten ihre Versuche an bei einem Syphilitiker, welcher sich mit kleinkalibrigem Revolver durch die Brust geschossen hatte. Der Verlauf des nach dem Trauma sich entwickelnden Hämothorax ist charakterisirt durch gleich-

mäßiges Ansteigen der Flüssigkeitsmenge bis zum 21. Tage, zuletzt unter ziemlich hohen Temperaturen, ohne dass je im Exsudate Bakterien gefunden wurden.

Zur Prüfung des Exsudates wurden am 16., 21., 32., 38. und 44. Tage je eine aseptische Probeaspiration vorgenommen und die erhaltene Flüssigkeit nach 3 Gesichtspunkten untersucht:

1) nach äußerem Aussehen,
2) Gerinnbarkeit,
3) Gehalt an morphologischen Bestandtheilen.

Als überraschendste Thatsache ergab sich dabei, dass nicht nur keine Gerinnung stattgefunden haben konnte, sondern dass die Gerinnungsfähigkeit an der Luft sogar vermindert war. Eine Auflösung und Auslaugung der rothen Blutkörperchen fand zu keiner Zeit statt; dagegen ergab die regelmäßige Zählung, dass eine beständig, zum Theil rapid fortschreitende Aufnahme der rothen Blutkörperchen in die Lymphbahnen stattgefunden haben müsse.

Hiermit stehe das Anwachsen der Flüssigkeitsmenge bis zum 21. Tage in Zusammenhang. Sie beruhte nicht, wie man vermuthen könnte, auf fortdauernder Blutung, sondern auf einer aktiven Transsudation. Verff. meinen, dass so durch Verdünnung des Blutes und Vergrößerung der resorbirenden Fläche der Wiedereintritt der Blutkörperchen in die Blutbahnen erleichtert werden sollte, und berechnen, dass vom 16.—33. Tage etwa 705277 rothe Blutkörperchen pro Sekunde in den Kreislauf zurückgelangten.

Es wird weiteren Beobachtungen vorbehalten bleiben, festzustellen, ob in allen Fällen die gleiche Verdünnung des Exsudates durch Exsudation der Pleuren zu Stande kommt, und ob hier nicht Anomalien (Syphilis) des Cirkulationsapparates mitspielten.

Die vorgeschlagene Therapie, nach dem 15. Tage zu aspiriren, würde mit den Untersuchungsergebnissen der Verff. nicht völlig harmoniren, weil die ganze Masse der noch brauchbaren Blutkörperchen so entfernt würde, besonders da ihrer Ansicht nach für die Beurtheilung, ob Eiterung zu befürchten sei oder nicht, in dem Verhältnisse der vielkernigen Leukocyten zu den einkernigen Lymphocyten ein werthvolles Kriterium gegeben ist: bleiben die letzteren in der Mehrzahl, bezw. verschwinden die ersteren, so ist Eiterung nicht zu erwarten.

Christel (Metz).

37) A. Kühn. Über Spondylitis typhosa. (Aus der Rostocker med. Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 23.)

Unter Mittheilung der Krankengeschichten der bisher beschriebenen Fälle von posttyphöser Wirbelerkrankung und eines in der Rostocker Klinik beobachteten Falles bespricht K. genauer das klinische Bild der Krankheit, das bei dem 18jährigen Pat. Verf.s mancherlei Abweichungen darbot. Die den Beginn der Spondylitis — am 30. fieberfreien Tage nach dem Typhus — einleitenden subjektiven Beschwerden in Gestalt von spontanen Schmerzen und Druckempfindlichkeit der linken Lendengegend waren zunächst sehr vager Natur und ließen keinen sicheren Schluss auf den Ort der Erkrankung zu. Erst spät stellten sich deutliche Druckempfindlichkeit einzelner Dornfortsätze der unteren Lendenwirbel und eine geringe diffuse Schwellung — unter erneutem Fieber — und schließlich — $3^1/_4$ Monate nach dem ersten Erscheinen der verdächtigen Schmerzen — Vorragen der letzten Lendenwirbel und eine deutliche Lendenkyphose ein, die nach $1^1/_2$ Monate allmählich zurückging und keine Funktionsstörungen hinterließ. Das Bild hatte mancherlei Ähnlichkeiten mit der tuberkulösen Spondylarthrocace.

Kramer (Glogau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 29. **Sonnabend, den 20. Juli.** **1901.**

(Aus der chirurgischen Abtheilung des Herrn Prof. Witzel im Marienhospital zu Bonn.)

Die Beleuchtung und Besichtigung der Speiseröhre mittels Ösophagoskops von der Cardia aus; retrograde Ösophagoskopie.

Von

Dr. C. Hofmann.

Obwohl die ersten Anfänge der heutigen Ösophagoskopie ziemlich weit zurückliegen und mit dem Namen Kussmaul's, wie unlängst Killian[1] mitgetheilt hat, verknüpft sind, so hat es doch ziemlich lange gedauert, bis die Untersuchungsmethode — in erster Linie durch die Bemühungen von v. Mikulicz — systematische Ausbildung und Anwendung erfahren hat. Weitere Verdienste um die praktische Förderung der Ösophagoskopie haben sich dann vor Allem v. Hacker, Rosenheim, Störk und Kelling, letztere Beide durch die Ver-

[1] Killian, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1901.

suche mit ihren gegliederten Instrumenten, erworben. Trotzdem nun die Methode der Untersuchung und das Instrumentarium Dank der fortgesetzten Arbeit der genannten Autoren heute schon zu einer gewissen Vollkommenheit gelangt sind, so hat die Ösophagoskopie doch noch lange nicht diejenige Würdigung und Werthschätzung gefunden, die ihr nach ihrer diagnostischen und therapeutischen Bedeutung unbedingt zukommt. Es mag dies mit daran liegen, dass die Technik der Ösophagoskopie eine gewisse manuelle Gewandtheit vor Allem auch in der Handhabung ähnlicher Instrumente — Urethroskop, Cystoskop — voraussetzt, wenn sie sofort in befriedigender Weise gelingen soll, und andererseits heute die Möglichkeit, die Methode in technisch vollendeter Weise ausgeführt zu sehen, nur an wenigen Orten gegeben ist. Gerade der letzte Punkt scheint mir der wesentlichste zu sein, da wohl nichts überzeugender als die Ausführung einer derartigen Untersuchungsmethode in technisch vollkommener Weise bei direkter Anschauung wirkt. Dieser Anschauungsunterricht, um mal so zu sagen, kann durch kein theoretisches Studium ganz ersetzt werden. Von der Richtigkeit dieser Ansicht habe ich mich überzeugt, als es mir vor längerer Zeit vergönnt war, durch die überaus dankenswerthe Liebenswürdigkeit des Herrn Geh.-Rath v. Mikulicz in seiner Klinik die Ösophagoskopie ausüben zu sehen; gleichermaßen hatte ich auch Gelegenheit, Herrn Prof. Rosenheim ösophagoskopiren zu sehen, und ich muss sagen, dass ich von der allgemeinen Durchführbarkeit und der Brauchbarkeit der Ösophagoskopie vollständig überzeugt worden bin.

Seither haben wir die Speiseröhrebesichtigung in allen passenden Fällen vorgenommen. Wir haben vor Allem beispielsweise die Kontrolle unserer Carcinomdiagnosen durch das Mikroskop — die Stückchen zur Untersuchung werden mittels Ösophagoskops durch eine geeignete Zange dem Tumor entnommen — sehr schätzen gelernt; denn erst jetzt sind wir eigentlich berechtigt, den Angehörigen des Pat. das Leiden mit Sicherheit zu prognosticiren.

So viel über die Ösophagoskopie im Allgemeinen. Jüngst bin ich in einem Falle in einer Weise zu Werke gegangen, die vielleicht geeignet ist, unserem Gesichtssinne das Innere der Speiseröhre und vor Allem den cardialen Theil derselben noch mehr zu erschließen. Ich glaube, dass der eingeschlagene Weg in geeigneten Fällen eine Erweiterung unserer diagnostischen Hilfsmittel darstellt.

Bei einem Pat., der vor 2 Jahren einen kleinen Nagel verschluckt hatte und im Anschluss daran an allmählich zunehmenden dysphagischen Beschwerden erkrankt war, hatte Herr Prof. Witzel seine Magenfistel nicht in der gewöhnlichen Richtung von rechts nach links, sondern in der Direktion auf die Cardia zu in der Absicht angelegt, von der Fistel aus später retrograd die Striktur zu erweitern. Es gelang auch, wie bereits in einem früheren Falle, nach 14 Tagen gleich beim ersten Versuche, ohne weiteres eine weiche Sonde von der Ernährungsfistel aus in den Ösophagus einzuschieben und das

direkt über der Cardia gelegene Hindernis zu passiren. In dieser Weise konnte später erfolgreich dilatirt werden und sei hiermit diese kleine Modifikation der Gastrostomose warm empfohlen.

Selbstredend wurde der Pat. auch ösophagoskopirt, aber der gewonnene Aufschluss war kein recht befriedigender, da außer dem Rande einer narbigen granulirenden Stelle, welche die Sonde retrograd gut passiren, vom Munde aus dagegen sie nicht vorbeiließ, nichts Deutliches gesehen werden konnte. Ich kam dann auf die Idee, das Ösophagoskop von der Magenfistel aus durch die Cardia in den Ösophagus einzuführen, und schon der erste Versuch gelang überraschend leicht; das Instrument glitt etwa 25 cm tief in den Ösophagus hinein und fand hier entsprechend den anatomischen Verhältnissen einen natürlichen Widerstand. Unangenehm war nur die erregte Herzaktion, die sich der Spitze des eingeführten Instrumentes durch Fortleitung mittheilte und nun zu ziemlich ausgiebigen Bewegungen des vorragenden Theiles des Ösophagoskops führte. Als sich der etwas ängstliche Pat. durch Zureden beruhigt hatte, konnte eine Besichtigung der Speiseröhre gut vorgenommen, die narbige Stelle und vor Allem sehr gut die Cardia und der dem Magen zugekehrte Theil in einer Weise besichtigt werden, wie dies bei der Einführung des Instrumentes vom Munde aus nicht möglich ist. Bei dem gleichzeitigen Vorschieben einer Sonde vom Munde aus konnte unschwer festgestellt werden, dass dieselbe oberhalb der narbig granulirenden Stelle eine divertikelartige Ausstülpung vorwölbte und in ihr stecken blieb. Diese kombinirte Untersuchung erscheint mir überhaupt geeignet, in derartig zweifelhaften Fällen genügenden Aufschluss zu geben[4].

Ausführen lässt sich die Untersuchung, welche man wohl passend als retrograde Ösophagoskopie bezeichnet, in allen den Fällen, in welchen die Gastrostomose so wie so gemacht werden muss; vor Allem auch dann, wenn die Gastrostomose als Voroperation vorausgeschickt wird, wie sie Witzel[2] schon öfters gemacht hat und wie sie auch jüngst noch von Helferich[3] empfohlen worden ist. Natürlich lässt sich nur der untere Theil des Ösophagus durch die retrograde Ösophagoskopie besichtigen, dann aber sehr gut die Cardia und auch die Magenwandung selbst. Vielleicht ist der angegebene Weg überhaupt zur systematischen Ableuchtung des Mageninnern vortheilhaft zu beschreiten.

---

[2] Cf. Hofmann, Über das Sackdivertikel des Ösophagus etc. Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 31.

[3] Helferich, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LV. p. 410.

[4] Anmerkung. Vielleicht wird man auch die Untersuchung weiter ergänzend derartig vorgehen können, dass man das Ösophagoskop vom Munde aus und die Sonde vom Magen her einführt.

---

1) **Enderlen** und **Hess.** Über Antiperistaltik.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 240.)

Die Arbeit beginnt mit einer Zusammenstellung der einschlägigen physiologischen und experimentell-pathologischen Litteratur und bringt insbesondere auch einen Bericht über die Versuche von Kirstein, welcher Hunden Dünndarmschlingen verkehrt einschaltete, und über die diesbezüglichen Nachprüfungen, die Edmunds und Ballance, Mall, Kelling und Mühsam angestellt haben. Hiernach folgt der Bericht über eigene an Hunden vorgenommene Versuche. Es wurden sowohl totale wie partielle Umdrehungen vorgenommen. Der Verlauf bei den Thieren war nicht immer gleich, doch blieben einige Hunde sowohl bei der totalen wie bei den partiellen Umdrehungen ganz frei von abnormen Erscheinungen, insbesondere von Erbrechen, und bei guter Ernährung. Genaue Stoffwechseluntersuchungen bei ihnen ergaben keine Abweichung von der Norm. Man muss daher annehmen, dass in den umgedrehten Därmen eine regelmäßige Antiperistaltik stattgefunden hat, zumal sich oberhalb der oberen Naht (dem Anfangsende der Darmumdrehung) weder Dilatation noch Muscularishypertrophie entwickelt hatten.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

2) **K. J. Lennander.** Akute (eitrige) Peritonitis.

(Upsala Läkarefören. Förhand. N. F. Bd. VI. Hft 4 u. 5.)

In dieser Arbeit berücksichtigt Verf. zunächst die Wege, auf welchen die Ausbreitung einer Infektion in der Bauchhöhle stattfindet, und geht dann etwas näher auf das noch im Werden befindliche Kapitel von der Sensibilität der verschiedenen Gegenden der Bauchhöhle ein.

In der Besprechung der Ätiologie betont Verf., dass die Mikroben des Darmkanals schon bei einer Cirkulationsänderung oder bei einer — makroskopisch — gelinden Enteritis in die Darmwand eindringen, sich in den Lymphspalten vermehren und von dort theils ins Blut, theils in die Lymphbahnen der Subserosa gelangen können: Lymphangitis, Peritonitis. Die weitere Entwicklung der Infektion — der Lymphangitis im Peritoneum — beruht, wie immer, auf dem Verhältnisse zwischen der Virulenz der Mikroben und jenen Kräften, welche zusammen die sog. individuelle Widerstandsfähigkeit ausmachen. Als besonders wichtig betrachtet Verf. die bakteriologische Untersuchung des Harns; denn — auf die Untersuchungen Kraft's und Pavlowsky's gestützt — hält er es für wahrscheinlich, dass man im Harn den oder die pathogenen Mikroben wiederfinden dürfte.

In der Eintheilung der Peritonitiden schließt L. sich dem v. Mikulicz'schen Eintheilungsprincip an und unterscheidet folgende 3 Hauptformen: 1) Umschriebene, d. h. vollständig eingekapselte Infektion (= einfächerige, mehrfächerige oder multiple intraperitoneale Abscesse); 2) eingekapselte, sich aber ausbreitende Infektion (= fortschreitende, fibrinös-eitrige Peritonitis, d. h. einfächerige, mehrfächerige oder vielfache intraperitoneale Abscesse, welche in Aus-

breitung begriffen sind); 3) diffus sich ausbreitende Infektion (= Peritonitis, wo entweder keine begrenzenden Verklebungen vorhanden sind, oder wo die Serosa auch an den Außenseiten der Adhärenzen ungefähr dieselbe Gefäßinjektion oder dasselbe, obschon dünnere Exsudate aufweist wie zwischen den Adhärenzen. »Fortschreitende Peritonitis« v. Burckhardt's).

Die Symptome betreffend erwähnt Verf., dass der Unterschied zwischen Rectal- und Axillartemperatur nicht selten erheblich größer als gewöhnlich ist; nach seiner Meinung beruht die relativ zu niedrige Axillartemperatur meist auf einer allgemeinen Cirkulationsstörung mit herabgesetzter Hauttemperatur.

Bei der Behandlung der akuten eitrigen Peritonitis sind folgende Hauptpunkte besonders anzuführen. Alle Formen sog. intraperitonealer Abscesse, sie mögen völlig eingekapselt oder noch in Ausbreitung begriffen sein, sind zu eröffnen und zu drainiren; dabei darf die umgebende gesunde Serosa nicht inficirt werden, muss andererseits am niedrigsten Punkte drainirt werden. Diffus sich ausbreitende Infektionen werden operirt: 1) wenn bei einer Peritonitis zu entleerende Exsudate vorhanden sind, 2) beim Anfange jeder Perforations- und traumatischen Peritonitis, wo man hoffen kann, die Infektionsquelle (Wurmfortsatz, Magengeschwür etc.) zu entfernen oder zu neutralisiren und das ganze inficirte Peritonealgebiet mittels Tamponade im Rahmen einer adhäsiven Peritonitis zu begrenzen.

Für die Narkose empfiehlt Verf. ein etwas umständlicheres Verfahren, als die meisten Operateure bisher angewandt haben. Der Schnitt durch die Haut und wenn möglich auch durch die Aponeurose ist mit subkutaner Verabreichung von $^3/_4$ bis 1 cg Morphium und lokaler Anästhesie zu machen. Dann Äther- bezw. Chloroformnarkose für die Eröffnung des Bauchfelles und für die Untersuchung des Bauches. Während einer Resektion, Anlegung einer Darmnaht o. dgl. werden Äther bezw. Chloroform entfernt. Für das Zurechtlegen der Därme und das Einführen der Tamponade und der Drainage wieder Verabreichung von Äther (Chloroform.)

Die Prophylaxe der diffusen (eitrigen) Peritonitis geschieht am besten durch operatives Eingreifen — während des freien Intervalles — bei Leiden des Wurmfortsatzes, eitergefüllten Tuben, rebellischen Magengeschwüren, Darmstenosen, Gallenblasenkrankheiten u. dgl. Die präperforativen Stadien der Infektion und der Entzündung der Serosa muss man kennen zu lernen suchen, um durch eine unmittelbar einsetzende und konsequent durchgeführte rationelle medicinische Behandlung einem Durchbruche vorzubeugen.

Für die Nachbehandlung, die vom Verf. in bekannter, sehr intensiver Weise geleitet wird, empfiehlt er besonders Infusionen von Kochsalzlösungen. Sie werden, wenn die Herzthätigkeit gut ist, subkutan verabreicht, sonst intravenös. In nicht operirten Fällen werden die Toxine dadurch verdünnt; in operirten und mit Drainage behandelten befördern sie in hohem Grade das Wegführen derselben.

Hansson (Cimbrishamn).

---

4) **E. Loison.** Du traitement chirurgical de la péritonite suppurée diffuse consécutive à la perforation typhoïdique de l'intestin grêle.

(Revue de chir. 1901. No. 2.)

Verf. setzt zunächst die Statistik von Manger fort (Thèse de Paris 1901 No. 561) und vermehrt sie um etwa 12 Fälle, während er andererseits die Fälle von Perforation des Dickdarmes ausschaltet. So stellt sich sein Material auf 90 operativ behandelte Perforationen des Dünndarmes im Anschlusse an Typhus, von denen 74 mit negativem, 16 mit positivem Erfolge operirt wurden.

Um einen solchen hat L. selbst die Statistik vermehrt und die Krankengeschichte genauer mitgetheilt; sie zeigt, welche Mühe besonders die Nachbehandlung der Laparotomirten noch beansprucht, wenn man ihr gefährdetes Leben retten will.

Die weitere Besprechung lehrt etwa Folgendes:

Es besteht zunächst ein grundsätzlicher Unterschied zwischen Perforationen des Dick- und des Dünndarmes im Verlaufe des Typhus. Jene haben die Neigung sich abzukapseln, während diese fast alle tödlich verlaufen durch schnelle Verallgemeinerung der Peritonitis.

Will man hiergegen operativ vorgehen, so wird man die Operation mit einiger Aussicht auf Erfolg innerhalb 24 Stunden nach erfolgter Perforation ausführen müssen. Vor 6 Stunden wird der Eingriff selten möglich sein, schon desshalb weil meist die beginnende Peritonitis nicht eher mit Sicherheit diagnosticirt werden kann.

Ist die Diagnose gestellt, so wird man ohne Verzug zur Laparotomie in der Mittellinie schreiten; man halte sich an das Colon bezw. die Einmündung des Ileum. Von hier aus wird der Darm nach aufwärts abgesucht; denn meist bilden sich die Perforationen in den letzten 50 cm des Ileum. Doch muss — wenn hier eine Öffnung gefunden und vernäht wurde — auch der übrige Darm abgesucht werden unter beständigem vorsichtigen Spülen und Tupfen; in etwa 167 Fällen waren 29mal 2 bis selbst 25 Löcher im Darme vorhanden.

Nach exaktem Verschlusse folgt Spülung und Drainage der Bauchhöhle. L. vollzog dieselbe in der Weise, dass in die oberen und unteren Wundwinkel (die Wunde wird entweder ganz offen gelassen oder mäßig verkleinert) Jodoformgaze in mehrfachen Lagen tief eingeschoben wurde; auf die Nahtstelle selbst kam eine 3. Lage Jodoformgaze, die ein Drainrohr umhüllte.

Gegen die operative Behandlung der Perforationsperitonitis bei Typhus hat man Mehreres eingewendet:

1) Die Schwierigkeit der Diagnose kann erheblich sein; zu spätes Erkennen vereitelt den Erfolg; meist jedoch wird ein Zeitraum von 6 Stunden die Sachlage klären. Treten die alarmirenden Erscheinungen durch Einengung des Processes zurück, so wird nach einigen Tagen interner Behandlung der heilende Eingriff noch recht-

zeitig vorgenommen werden können. Bei dekrepiden Kranken, deren Körper kaum noch auf die Perforation reagirt, kommt die Verzögerung der Diagnose nicht in Betracht. Sie würden doch nicht Gegenstand operativer Behandlung sein.

2) Das Gleiche gilt, wenn bei sehr heruntergekommenen Kranken (Perforation im Recidiv z. B.) die Diagnose frühzeitig gestellt wird, und sie keine Aussicht bieten, die Operation und die anschließende weitere Abzehrung durch den fortdauernden Typhus zu überstehen.

3) Können die technischen Schwierigkeiten erheblich sein; man findet keine Perforationsöffnung (sie kann völlig fehlen!), oder ihre Umgebung ist in so ungünstigem Zustande, dass keine Naht durchgelegt werden kann; hier würde dann event. Resektion in Frage kommen, was natürlich die Prognose des Eingriffes wesentlich trüben könnte.

Oder es bestehen mehrere Perforationsöffnungen, bezw. es erfolgt nach glücklich verlaufener erster Operation ein weiterer Durchbruch. Dem ist entgegen zu halten, dass man in etwa 82% der Fälle nur eine Öffnung finden wird. Folgt schließlich der Operation eine zweite Perforation, so gelangt sie entweder direkt an die Oberfläche oder tritt in eine drainirte Bauchhöhle und kann auf diese Weise ganz ohne Nachtheil verlaufen. **Christel** (Metz).

---

4) **Perondi.** Ricerche anatomiche sul cieco e sulla sua appendice.

(Policlinico 1901. No. 3.)

Zusammenstellung der verschiedenen Varietäten am Blinddarme und Wurmfortsatze bezüglich Lage, Größe, Form, Peritonealüberzug nebst Falten und Gruben. Eigene Untersuchungen an 48 Leichen. Mittheilung der erhaltenen Zahlen, die bei dem relativ kleinen Material doch wohl auch nur bedingte Gültigkeit haben dürften. Doch wurden die meisten bisher beschriebenen Varietäten ebenfalls beobachtet, u. A. ein in einer Fossa ileo-appendicularis liegender Wurmfortsatz. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

---

5) **O. Lanz** (Bonn). Zur Technik der Amputation des Wurmfortsatzes.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 21.)

L. empfiehlt für die Abtragung des Wurmfortsatzes die »Quetschmethode mit nachfolgender Unterbindung des bloßen, durch die Angiotripsie zusammengeschweißten, von Schleimhaut vollständig befreiten Serosazipfels und Lembert'scher Sicherung«. Auf Grund reicher Erfahrungen hält er das Verfahren für eine eben so einfache, wie exakte Versorgung des Wurmfortsatzstumpfes, mit der er niemals ein Missgeschick erlebt hat. **Kramer** (Glogau).

---

6) **Alessandri.** L'ernia della vescica con speciale riguardo allo suo pathogenesi.

(Policlinico 1901. No. 1 u. 2.)

Die ausführliche Arbeit von 61 Seiten behandelt die Brüche der Blase hauptsächlich nach der Seite ihrer Entstehung. Es wird eine kritische Besprechung der verschiedenen Theorien gegeben, welche zum Schlusse kommt, dass keine alleinige Geltung hat. Die Ätiologie dieser Bruchform ist eine verschiedene. Es giebt primäre Blasenbrüche und sekundäre, d. h. an einen Darm- oder Netzbruch sich anschließende.

Primärer Natur sind sicher die rein extraperitonealen Brüche, bei denen eine Ausstülpung des Bauchfelles fehlt. Zu ihrer Entstehung gehört eine verminderte Resistenz der Bauchwand und eine Ausdehnung und Verdünnung der Blasenwände. Ein prävesikales Lipom kann begünstigend wirken, hat aber nicht die ausschließliche, z. B. von Monod und Delagenière ihm zugeschriebene Bedeutung.

Viel wichtiger sind angeborene Divertikel und Formanomalien der Blase und Formveränderungen in Folge von Strikturen, so wie Verwachsung der Blasenwand mit dem Bauchfelle.

Dieselbe Ätiologie besitzen die paraperitonealen Brüche, bei denen zuerst die Blase im Bruche erschien. Neben der Blase bildet sich dann eine Bauchfelltasche, in welche später Eingeweide treten. Diese Sätze sucht Verf. durch Leichenexperimente zu stützen, in welchen er die Beziehungen der verschieden stark ausgedehnten Blase zu den Bruchpforten studirte.

Es giebt auch sekundäre paraperitoneale Blasenbrüche; wo die Blase allmählich durch den Zug des Bruchsackes in den Bereich der Bruchpforten gebracht wurde.

Die rein intraperitonealen Brüche sind selten; zu ihrem Zustandekommen gehört große Beweglichkeit der Blase, Verwachsungen mit Netz.

4 Fälle der chirurgischen Klinik in Rom werden mitgetheilt, 2 sekundäre paraperitoneale Schenkelbrüche, 2 extraperitoneale inguinale, darunter einer doppelseitig. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

---

7) **D. B. Bocks.** Maagchirurgie naar anleiding van de womoogoperatieen, die Prof. v. Eiselsberg von 12. März 1896 tot 25. Februar 1899 deed.

Harlem, **de Erven F. Bohn,** 40 Abbildungen.

In diesem Buche behandelt B. in ausführlicher und interessanter Weise die Magenoperationen, welche v. Eiselsberg von 1896 bis 1899 in Königsberg ausgeführt hat.

Das Buch ist in 3 Theile eingetheilt. Im 1. Theile werden die verschiedenen Krankheiten besprochen, welche einen operativen Eingriff am Magen indiciren können, und welche Operation bei

einer bestimmten Krankheit angezeigt erscheint. So empfiehlt B., bei peptischen Geschwüren den ganzen Pylorus zu reseciren, weil dadurch die Heilung vollständig wird und die Folgezustände, wie Perforation, Verblutung und Carcinombildung, vermieden werden. Auch ist diese Operation nicht viel eingreifender als die Gastroenterostomie. In 2 Fällen, in welchen v. Eiselsberg die Gastroenterostomie machte, wurden starke Magenblutungen beobachtet, in 3 Fällen perforirte das Geschwür nach der Stelle der Gastroenterostomie hin, und in 2 Fällen heilten die Geschwüre nach der Gastroenterostomie nicht.

Bei Stenosen des Pylorus will v. Eiselsberg die Resektion machen, die Pyloroplastik nur in jenen Fällen, in welchen die Narbe schmal ist, und die Gastroenterostomie nur dann, wenn die Resektion nicht möglich ist.

Beim Sanduhrmagen empfiehlt v. Eiselsberg ebenfalls die Resektion, die Gastroanastomose nur dann, wenn die Brücke zwischen beiden Magentheilen hoch ist, nie Gastroplastik, weil diese zu Recidiven führt.

Bei Carcinomen und Sarkomen des Magens wenn möglich Resektion.

Im 2. Theile beschreibt Verf. die Narkose (principiell Chloroform), die Desinfektion (gewöhnlich Fürbringer) und Nahtmethoden. Von letzteren am liebsten die fortlaufende Naht; Murphyknopf so selten als möglich. Sodann beschreibt er an der Hand zahlreicher Abbildungen 22 Operationsmethoden. Als Methode der Pylorusresektion wurde immer die von Billroth als I angegebene benutzt, Billroth II nur dann, wenn durch Billroth I nicht Alles hätte weggenommen werden können. Bei den 53 Gastroenterostomien starben nur 2 Pat. in Folge von Cirkulationsstörungen; es hatte sich in beiden Fällen eine Klappe gebildet, welche das zuführende und abführende Rohr verstopft hatte, so dass die Bildung einer Enteroanastomose nach Jaboulay-Braun nichts genützt hätte. D. empfiehlt die Methode v. Hacker.

Im 3. Theile werden die Krankengeschichten der Pat. gegeben und eine Operationstabelle, in welcher die Operationen und deren Resultate wiedergegeben werden.

In die Details der fleißigen Arbeit näher einzugehen, verbietet der Raum. **Wölfler** (Prag).

---

8) **Kelling** (Dresden). Zur Chirurgie der chronischen, nicht malignen Magenleiden.

(Archiv für Verdauungskrankheiten 1900.)

K. bespricht das Magengeschwür mit seinen Komplikationen und die Gastroptose. Durch Vergleich der Funktion des normalen Magens mit der des erkrankten und des operirten will er dem internen Arzte, »auch dem Chirurgen gegenüber«, einen festen Stand-

punkt verschaffen helfen, von dem aus sich dieser ein Urtheil über die Indikation für eine bestimmte Operation zu bilden vermag.

Theil 1: »Die Innervation des Magens und deren Verhalten bei den Erkrankungen«.

Aus diesem, dem ausführlicheren Abschnitte der Arbeit sei Folgendes mitgetheilt:

Das elektive Vermögen des Pylorus beruht in seinem Tonus, der auch von großen Fremdkörpern überwunden werden kann (Eröffnung des Pylorus), die den Längsmuskeln eine Angriffsfläche bieten. Klinisch tritt dies hervor bei der Gastritis chronica mucipara, wo die Speisen nicht mehr von der Plica praepylorica zurückgehalten, bezw. in den Fundus zurückgebracht werden, weil bei dem Katarrh eine reflektorische Erregung von der Magenschleimhaut aus nicht mehr stattfindet (Pawlow). Der in den Pylorustheil gelangende, unverdaute Speisebrei vermehrt die Arbeit der Muskulatur, die in Folge dessen hypertrophirt, bis zur Stenose (bei Hinzutreten einer sklerosirenden Entzündung).

Da die dilatatorisch auf die Pylorusschließmuskeln (Vergleich mit der Harnblase!) wirkende Längsmuskulatur auf das Duodenum übergeht mit Insertion an dessen unbeweglichen vertikalen Ast, so folgt hieraus, dass eine winklige Fixation des Pylorus (Geschwür mit Perigastritis, Verwachsungen bei Cholelithiasis etc.) seine Eröffnung erschwert. Ebenfalls mangelhafte Funktion des Pylorustheiles, der sich nicht mehr ausgiebig kontrahirt, und zwar in Folge von Überdehnung, bedingt Gastroptose mit Atonie. In beiden Fällen ist Pyloroplastik kontraindicirt.

Geschwüre in gastroptotisch-atonischem Magen geben für die interne Therapie schlechte Aussichten, da wegen der langsamen Entleerung die peptische Wirkung des Mageninhaltes auf das Geschwür verlängert wird.

Bei Betrachtung des Zusammenhanges zwischen Geschwür und Pylorospasmus beruft sich u. A. K. auf 2 von ihm operirte Fälle, um — im gewissen Gegensatze zu Kausch und v. Mikulicz — darzuthun, dass dem Kontraktionszustande unzweifelhaft schwere motorische Störungen zu Grunde liegen können, ohne dass man später eine anatomische Stenose findet, wenigstens bei Sitz des Geschwüres direkt im Bereiche des Pylorusschließmuskels. Hier können submuköse Blutungen, entzündliche Schwellungen in der Umgebung des Geschwürs, die sich später zurückbilden, Stenose hervorrufen. K. glaubt sogar ein diagnostisch wichtiges Moment konstruiren zu dürfen: interkurrent auftretende Stagnation bei Erscheinungen von Magengeschwür lässt auf den Sitz im Pylorus selbst schließen. Eine Pyloroplastik soll den Nutzen haben, dass bei der durch sie geschaffenen größeren Circumferenz die Schwellungszustände des Geschwürs weniger ausmachen!

Dass der Verlust der Schleimhaut am Pylorus an und für sich noch keine funktionelle Stenose durch Spasmus bedinge, zeigt weiter

das Verätzungsgeschwür (Säure, Lauge), wo die Stenose am Pylorus, wie auch an der Cardia, nicht sofort, sondern erst bei der Narbenschrumpfung eintritt.

Aus den folgenden Ausführungen, die eingehend die Innervationszustände des Magens, namentlich beim Geschwür berücksichtigen, dürften u. A. Bemerkungen interessiren, wie die, dass, freilich selten, Geschwürsnarben Beschwerden von neuralgischem Charakter bedingen, die event. Exstirpation nothwendig machen, weiter, dass die Hernia epigastrica einen der Geschwürsbildung günstigen Reizzustand des Magens (durch Irradiation, Hemmung der Motilität und Anämie) erzeugen könne (Beobachtungen von v. Mikulicz, Berg).

Den Hauptfaktor für Geschwürsbildung bei Chlorotischen sieht K. in einem Gefäßkrampfe, hervorgerufen durch einen Reizzustand der sympathischen Nerven.

In der Besprechung der Indikation für Pyloroplastik schließt sich K. Schnitzler an, der bei hysterischen Pat. Symptome von Pylorusstenose in Folge Spasmus pylori beobachtete bezw. beseitigte; dagegen verwirft er gegenüber Ewald die Gastroenterostomie als Mittel gegen das rebellische Erbrechen der Hysterischen.

Der 2. Theil der Arbeit behandelt die mechanischen Verhältnisse des Magens und deren Störungen.

Die Wichtigkeit des bereits früher von K. aufgestellten Satzes, dass der Magen des normalen Menschen auf den Darmschlingen, wie auf Kissen ruhe, für die Beurtheilung der Magenarbeit wird von Neuem ausführlich dargethan. Der Magen entleert sich durch seine Kontraktionen; sind diese nicht mehr möglich (z. B. bei akuter Lähmung des Magens, bei Infiltration der Magenwand durch ausgedehntes Carcinom), so entleert sich der Magen überhaupt nicht in den Darm, sondern umgekehrt dieser, da kräftiger, in den Magen (event. nach Gastroenterostomie!). Dasselbe kann der Fall sein, wenn die Wandungen zu schwach sind, in Folge hochgradiger Erschlaffung, z. B. bei erheblicher Dilatation des Magens. Die Faltenbildung nach Bircher ist im Stande, die Muskelarbeit zu verbessern.

Gastroptose mit Atonie: Die Bedeutung der Lageanomalie für die Funktion des Magens wird ausführlich besprochen. Die Lage des Magens ist eine Folge der Raumverhältnisse in der Bauchhöhle. Demnach tritt eine Verlagerung nach unten ein aus 2 Gründen: einmal, wenn oben in der Bauchhöhle, zwischen den Rippenbögen, zu wenig Platz ist (Korsett, lange, schmale Thoraxform), zweitens, wenn unten in der Bauchhöhle zu viel Platz wird, so dass der Magen seine natürliche Stütze an den Darmschlingen verliert. Das Letztere tritt ein durch Erweiterung der Bauchwand (wiederholte Schwangerschaften, Hernien) und Verminderung des Inhaltes der Bauchhöhle (Fettschwund, Leerheit des Darmes, z. B. bei Pylorusverengerung). Auch eine Erschlaffung der Bauchwand auf nervöser Basis will K. nicht bezweifeln, dagegen weist er die Behauptung der nervösen »Erschlaffung der Aufhängebänder« zurück.

Die motorische Funktion des Magens wird bei der Gastroptose erschwert: 1) durch die ungenügende Unterstützung des Magens durch die Darmschlingen, 2) durch die Erweiterung und Erschlaffung der Muskulatur des Magens, 3) durch die Knickung des Pylorustheiles gegen das Duodenum.

Was die Therapie der Gastroptose anbetrifft, so hält K. mit einer Faltenbildung des Magens oder seiner Hochnähung das Übel für nicht beseitigt. Führen interne Maßnahmen nicht zum Ziele, so ist der Magen durch eine Gastroenterostomie »zu einer Durchgangspassage der Speisen zu machen«, die Magenverdauung nach Möglichkeit durch eine Dünndarmverdauung zu ersetzen. Theoretisch wäre die Gastroenterostomie nach Roux hierzu am geeignetsten.

Bei dem Sanduhrmagen, dessen Symptome kurz besprochen werden, hält K. es für angezeigt, wenn der Cardiatheil erheblich größer ist als der des Pylorus, nach dem Vorgange v. Eiselsberg's die Gastroenterostomie auszuführen.

Zum Schlusse der gewiss bemerkenswerthen Arbeit wird auf die allgemeinen und speciellen Gefahren der verschiedenen besprochenen Methoden hingewiesen. Die Dauerresultate lassen sich im Allgemeinen als recht gut bezeichnen; eine strengere Indikationsstellung ist aber am Platze. **Gross** (Jena).

---

9) **Petit.** De l'étranglement du duodenum au niveau de la racine du mésentère.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1901.

P. glaubt in der ungenügenden Funktion des Treitz'schen Muskels, der mangelhaft entwickelt sein oder sogar fehlen kann, ein wichtiges ätiologisches Moment für das Zustandekommen der »Zuschnürung« des Duodenums zu erblicken. Der »4. Abschnitt« (Pars ascendens), ungenügend oder überhaupt nicht fixirt, könne sich dann an seiner Ursprungsstelle, der Gabel zwischen den Vasa mesenterica superiora (Radix mesenterica) und der Aorta (»Compas aorto-mésentérique«), abbiegen. Durch Untersuchungen an 50 Leichen orientirte er sich über das Verhalten des M. suspensorius duodeni; 10mal glaubt er dessen mangelhafte Entwicklung nachgewiesen zu haben.

Für die »retroperitoneale Kompression« bringt er 2 beachtenswerthe Beispiele (Hämatome, eins durch Schussverletzung, Beobachtungen von Campenon, Philippe); weiter berichtet er im historischen Theile seiner Arbeit und in dem Kapitel der Pathogenese über bereits publicirte Fälle aus der französischen Litteratur, wo Aortenaneurysma, Geschwülste, Wirbeltuberkulose von hinten her Verschluss des Duodenums bewirkten.

Von deutschen Autoren geschieht eigentlich nur Kundrat's Erwähnung, dessen 3 Beobachtungen ausführlich wiedergegeben werden (die am Schlusse der Arbeit angefügte Zusammenstellung

bringt 8 Beobachtungen, unter diesen 1 eigene P.'s mit zufälligem Sektionsbefund); weiter werden citirt Boas, Cahn, Balster, Hochhaus und Rembold.

Gross (Jena).

---

10) K. Vogel. Zur Statistik und Therapie des Rectumcarcinoms.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 313.)

Die Arbeit veröffentlicht die einschlägigen Operationserfahrungen, die Schede seit seiner Wirksamkeit in Bonn gesammelt hat. Während der statistische Werth der Mittheilungen dadurch etwas beeinträchtigt wird, dass ziemlich viele Operationen noch jüngeren Datums und desshalb zur Beurtheilung des Endresultates hinsichtlich Recidivirung ungenügend brauchbar sind, erhält die Arbeit in technischer Beziehung in so weit besonderes Interesse, als wir hier erfahren, dass Schede bei den sacralen Mastdarmkrebsoperationen seinem Verfahren der präliminaren Kunstafteranlage treu geblieben ist, und als sowohl die Ausführungsart der letzteren, so wie die Technik des Wiederverschlusses des Bauchafters detaillirt beschrieben wird.

Schede verfährt bezüglich des Operationsmodus beim Mastdarmkrebse eklektisch. Nur die hochsitzenden Krebse, zumal die beim Manne, werden sacral angegangen, während die tiefer sitzenden und die Mehrzahl der Krebse beim Weibe von unten her vorgenommen werden. Als sacrale Operationen werden nur diejenigen verrechnet, bei denen wirklich Kreuzbeintheile resecirt wurden; betrifft die Knochenentfernung nur das Steißbein, so zählt die Operation zu den »perinealen« im weiteren Sinne, und werden letzteren auch die beim Weib mittels vaginaler Schnitte nach Rehn und Schuchardt ausgeführten Eingriffe zugerechnet.

Was die besonders interessirenden Sacraloperationen betrifft, so resecirt Schede nach Rydygier temporär. Der Weichtheil-Knochenlappen ist nie gangränös geworden, zuweilen vorgekommene Blutungen aus der Sacralis media waren unschwer zu stillen. Das Bauchfell wurde stets geöffnet, nach erfolgter Herabholung der Flexur aber durch Annähen an diese wieder geschlossen. Erst hiernach Entwicklung der Neubildung. Stößt diese, wie zuweilen der Fall, an der Vorderwand auf Schwierigkeiten, so wird der Darm zuerst oberhalb der Geschwulst zwischen Jodoformgazeligaturen quer durchtrennt und sein unteres Fragment abwärts geschlagen etc. Die Kolostomie geschieht wie folgt: Laparotomie durch ca. 12—15 cm langen Schnitt in der Linea alba lateralis sinistra etwa in Nabelhöhe. Cirkuläre lippenförmige Vereinigung des Peritoneum parietale mit der Haut. Vorziehen des Anfangstheiles des Colon descendens in Form einer Schlinge in die Wunde und Einnähen daselbst durch fortlaufende Katgutnaht, die die Bauchdecken ganz durchgreift, am Darme jedoch nur Serosa und Muscularis fasst. Darauf wird meist der Darm sofort quer geöffnet; die freien Ränder werden nach außen umgeklappt und mit Seidenknopfnähten nach dem Rande der Wunde

hin fixirt. Auf die Knoten der letzteren, lang abgeschnittenen Seidenknopfnähte wird ein Röllchen Jodoformgaze aufgelegt und auf diesem die Fäden nochmals geknüpft. Die Gaze wird nach 5—6 Tagen entfernt. Es erfolgte stets Einheilung des Darmes ohne Peritonitis, bisweilen jedoch unter Unterhautfettnekrose. Die Geschwulstoperation geschah meist ca. 14 Tage nach der Kunstafteranlage, nachdem durch Spülung der Darmtheil unterhalb des Kunstafters gut gereinigt worden. Der Schluss des letzteren wurde theils bald nach Heilung der Darmresektionsnaht, bald später, wenn auch die sacrale Wunde sich ganz geschlossen hatte, zu einer dem Pat. passenden Zeit vorgenommen. Dabei wird der After in der Haut umschnitten und mobilisirt; dann werden entweder die zurückgeklappten Darmränder gelöst, angefrischt und mit doppelter Naht vernäht oder eine vollständige Resektion der eingenähten Darmschlinge gemacht. Die Bauchdeckennaht macht Schede, wie er das früher beschrieben, mit versenkten Silberdrahtfäden, welche eine bedeutende Spannung überwinden können und wobei am meisten auf eine gute Zusammenfügung der Fascie zu achten ist. Auch in Schede's Material ist ein Insufficientwerden der Mastdarmresektionsnaht nicht selten, wobei es sich oft um Gangrän am oberen Darmende handelt. Entstehen hierdurch größere Darmdefekte oder waren solche von vornherein bei der Resektion nicht zu vermeiden, so dass zwischen oberem und unterem Darmtheile eine beträchtliche Lücke verbleibt, so gab, was von Interesse ist, das Einlegen eines etwa fingerdicken Darmrohres vom natürlichen zum künstlichen After heraus schönen Erfolg. Hierdurch ward der Darm entfaltet, die Granulation wuchs dem Rohre entlang, die Schleimhautbedeckung folgte nach, die Stümpfe einander nähernd, so dass schließlich noch Darmsekundärnaht möglich ward.

Wir geben noch kurz die nöthigen Zahlen:

Gesammtzahl der Fälle 61, wovon 35 Männer, 26 Frauen
Operabel waren 25 (71,4%), 23 » (88,46%).

Gesammtdurchschnittsalter: 55,5 Jahr, doch lag das Durchschnittsalter der Männer fast 10 Jahr höher als das der Frauen. Das Durchschnittsalter der operablen Frauen lag 11 Jahr höher als das der inoperablen, ein Beweis für die größere Bösartigkeit des Carcinoms in jüngeren Jahren.

Perineale Operationen: 26 Pat. mit 31 Operationen (5 Recidivoperationen).

Operationsmortalität: 7 = 22,58%.

3 Jahr und länger recidivfrei sind von 21 die Operation überstehenden Kranken 3 = 12,5%, über 1 Jahr recidivfrei 10 = 41,66%.

Sacrale Operationen: 22 Fälle.

Operationsmortalität: 10 = 45,45%.

Die Hälfte der Todesfälle kommt auf postoperativen Collaps. 3 Jahr und länger recidivfrei sind von 12 überlebenden Kranken 3 = 25%, länger als 2 Jahr 5 = 41,66%. Im gesammten Operations-

material (32 überlebende Fälle) trat 13mal (in 36%) Recidiv ein. Was die Kontinenz betrifft, so ist diese in 52% durchaus befriedigend (am besten durchschnittlich bei den Sacraloperationen), mangelhaft in 48%.

Schließlich ist noch zu bemerken, das bei 13 inoperablen Kranken 10mal die Kolostomie als Palliativoperation stattfand.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

11) **Lund.** Acute hemorrhagic pancreatitis; its surgical treatment; with report of six cases.

(Med. and surg. reports of the Boston City Hospital 1900.)

Die klinischen Erscheinungen der Pankreasentzündung fasst Fitz, der auch zuerst die pathologisch-anatomische Eintheilung in die hämorrhagische, eitrige und gangränöse Form gab, folgendermaßen zusammen: plötzlich auftretender, schwerer, oft heftiger epigastrischer Schmerz ohne einleuchtenden Grund, meist gefolgt von Übelkeit, Erbrechen, Empfindlichkeit und tympanitischer Schwellung des Epigastriums, Prostration, häufige Collapse, niedriges Fieber und schwacher Puls, in der Regel hartnäckige Verstopfung, zuweilen aber auch Diarrhöen.

Eine absolut sichere Diagnose der Erkrankung hält Verf. für unmöglich. Aus den von ihm beobachteten Fällen glaubt er aber folgende Momente differentialdiagnostisch verwerthen zu können. Beim perforirten Magengeschwüre ist der epigastrische Schmerz viel intensiver als bei der Pankreatitis. Geringer Schmerz bei tiefem Eindrücken der Bauchwand spreche für Pankreatitis, starker bei leichtem Drucke für perforirendes Magenulcus. Auf Pankreatitisentzündung weise eine hinter dem tympanitischen Schall gebenden Magen befindliche Geschwulst hin. Endlich sollen bei Pankreatitis die epigastrischen Muskelkrämpfe nicht so ausgeprägt sein, wie beim perforirten Magengeschwüre.

In 4 der berichteten Fälle fanden sich Gallensteine in der Gallenblase und den Gallengängen. Möglicherweise spielten sie eine ätiologische Rolle dadurch, dass sie zu einer Verstopfung des Wirsung'schen Ganges oder einer Arrosion der Wand des Ductus choledochus communis mit nachfolgender Infektion des Pankreaskopfes führten.

Die Ansicht Flexner's, der die auch in vorliegenden Fällen stets gefundene Fettnekrose der Wirkung des auf irgend eine Weise aus den Gängen tretenden fettspaltenden Pankreasferments zuschiebt, hält Verf. nicht immer für zutreffend. In 2 seiner Fälle fanden sich bei fast normalem Pankreas Bezirke von Fettnekrose, die, von der Peripherie ausgehend, sich um die Acini erstreckten. Der Pankreasgang und seine Äste waren dabei völlig unversehrt.

Während Fitz vor 10 Jahren die Aufgabe der Chirurgen in der Drainage des parapankreatischen Abscesses, der dem hämorrhagischen

Processe folgt und oft von Fettnekrose begleitet ist, sah, redet Verf. der Frühoperation das Wort. Auf Nekrose und Abstoßung des Pankreas mit Abscessbildung zu warten, hält er nicht für richtig. In einem der beobachteten Fälle war schon 2 Wochen nach Einsetzen der Krankheitserscheinungen das ganze Pankreas nekrotisch, und Bezirke von Fettnekrose zogen sich durch den ganzen Bauch. Durch frühzeitige Operation wird die zur Nekrose des Drüsengewebes führende primäre Blutung gestillt. Weitere Fett- und Drüsennekrose wird durch Gazetamponade und gehörige Drainage hintangehalten. Endlich ist der Allgemeinzustand der Kranken beim frühen Eingriffe besser.

Bezüglich der Technik empfiehlt Verf., mit dem Medianschnitte über dem Nabel zu beginnen. Durch das Ligamentum gastro-hepaticum gelangt man rasch in die Bursa omentalis. Nun folgt Entfernung der geronnenen Blut- und Fettmassen, Stillung der Blutung durch Gazetamponade, ohne nach Blutpunkten zu suchen. Reichen die Blutmassen und die Abscesshöhle bis in die untere Lendengegend, dann empfiehlt sich der Lendenschnitt und gehörige Drainage. Letztere Maßnahme ist jedenfalls der wichtigste Theil der Operation. Eine ausgiebige Drainage vom Medianschnitte aus ist in derartigen Fällen nicht möglich. Weisen Symptome über der Basis der linken Pleurahöhle auf Bildung von Eitertaschen über der Milz, dann ist der subphrenische Raum nach Resektion der 10. oder 11. Rippe in der hinteren Axillarlinie zu drainiren. Hierdurch wird eine Zwerchfellperforation vermieden.

Läwen (Leipzig).

Kleinere Mittheilungen.

12) **R. Schütz** (Wiesbaden). Weiterer Beitrag zur Kenntnis der gutartigen, unter dem Bilde der Stenose verlaufenden Erkrankungen des Ösophagus.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 15.)

Während sich in einem früheren Falle des Verf. die Symptome einer Ösophagusstenose auf Grund einer durch die Sektion erwiesenen Erschlaffung und Erweiterung des unteren Speiseröhrenendes bei Carcinoma ventriculi entwickelt hatten, scheinen dieselben in dem neuen Falle — Gefühl eines schmerzhaften Druckes und Widerstandes beim Schlucken, insbesondere fester Bissen, als ob diese stecken blieben, bei Fehlen von Regurgitation und bei regelmäßig freier Durchgängigkeit der Speiseröhre für dicke Sonden und Nachweis einer Magenaffektion — durch eine Ösophagitis bedingt gewesen zu sein. Das rasche Verschwinden der Beschwerden nach Einführung des Magenschlauches und intraösophagealer Faradisation lässt jedoch auch an eine Atonie als Ursache denken. Eine endoskopische Untersuchung der Speiseröhre ist nicht vorgenommen worden.

Kramer (Glogau).

13) **Quadflieg.** Entfernung eines künstlichen Gebisses durch Gastrotomie aus dem Ösophagus.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 4.)

Das Gebiss saß in dem (aus dem Mariahilf-Krankenhause zu Aachen berichteten) Falle, durch Röntgenstrahlen, so wie durch die Sonde nicht deutlich

nachweisbar, im unteren Theile und an der hinteren Wand der Speiseröhre oberhalb der Cardia, die Lichtung frei lassend. Die Entfernung von der Gastrotomiewunde aus war schwierig und ging mit starker Blutung einher. Wegen der Verletzungen der Cardia legte Q. eine Magenfistel an, die später wieder operativ geschlossen wurde. **Kramer** (Glogau).

14) **Tauton.** Perforation de l'oesophage par sabre-baïonnette introduit dans ce conduit. Perforation de la plèvre droite. Pneumothorax. Mort.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Ann. LXXV. T. II. No. 10.)

Bei seinen Übungen im Säbelschlucken hatte sich ein Soldat die Spitze eines Bajonettes rechts durch die Speiseröhre gestoßen; zuerst wenig Erscheinungen; dann nach einer Mahlzeit starke Schmerzen, die seine Überführung ins Lazarett nöthig machten. Die hier vorgenommene Pleurotomie entleerte reichlich Luft und säuerlich riechende Speisereste, hinderte jedoch nicht den schnellen Verfall und Tod.

Die durch selbsteingeführte Instrumente erzeugten Verletzungen des Ösophagus sind nicht häufig. T. hat aus der Litteratur 5 Fälle gesammelt, die kurz referirt werden; sie endeten sämmtlich mit dem Tode. **Christel** (Metz).

15) **W. v. Noorden.** Ein Schweißdrüsenadenom mit Sitz im Nabel und ein Beitrag zu den Nabelgeschwülsten.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 215.)

Die studirte Geschwulst stammt von einer kinderlosen, 38jährigen Frau, die seit 2 Monaten eine wenig empfindliche Unebenheit mitten in der Nabelgrube bemerkt hatte. Sie war erbsengroß, halbkugelig, etwas uneben, ziemlich stark pigmentirt, wesshalb Verdacht auf Melanom gehegt wurde. Operation mittels ovalärer Nabelexcision, Heilung per secundam. N. giebt eine sehr eingehende mikroskopische Beschreibung, erläutert durch mehrere Figuren, so wie ausführliche pathologische Durchsprechung mit weitgehender Litteraturbenutzung (Verzeichnis von 61 Nummern). Er betrachtet durch seinen Fall das Vorkommen eines wahren gutartigen Schweißdrüsenadenoms, speciell am Nabel, für bewiesen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

16) **Adrian.** Die Appendicitis als Folge einer Allgemeinerkrankung. Klinisches und Experimentelles.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VII. Hft. 4. u. 5.)

Nach Rekapitulation der Litteratur über diese jetzt viel ventilirte Frage giebt A. aus der medicinischen Klinik zu Straßburg zunächst 7 Fälle, in denen rheumatische Erscheinungen theils dem Appendicitisanfalle vorausgingen, theils demselben folgten, eine Angina dem perityphlitischen Anfalle vorherging, oder durch die Perityphlitis ein Gichtanfall ausgelöst wurde. Am bemerkenswerthesten ist ein Fall, der mit Influenza begann und zu einem periappendikulären Abscess führte; in dessen Eiter ließen sich sicher Influenzabacillen nachweisen.

A. hat sodann am Wurmfortsatze des Kaninchens zahlreiche Experimente angestellt über die Entstehung der Appendicitis. Lokale Eingriffe trugen wenig zur Lösung der Frage bei, dagegen wurde durch Infektionsversuche erwiesen, dass der Wurmfortsatz bei den verschiedensten Infektionen von der Blutbahn aus im Verhältnis zu der übrigen Schleimhaut des Darmes eine besondere Prädilektionsstelle für die Lokalisation von der Blutbahn her ausgelöster und entzündlicher Processe ist. **Haeckel** (Stettin).

17) **Vervaeck.** Appendicite chez l'enfant.

(Soc. belge d'anatomie pathol. 1901. No. 3, 5.)

Bei dem 7jährigen Kinde traten nach einem Schlage gegen die linke seitliche Bauchhälfte die Symptome einer traumatischen Peritonitis auf; bei der Laparo-

tomie fand sich eine eitrige, besonders entsprechend der Verletzungsstelle ausgeprägte Peritonitis, deren Ausgangspunkt nicht gefunden wurde. Tod nach kurzer Zeit. Die Autopsie ergab eine Perforation des in alte Verwachsungen eingebetteten Wurmfortsatzes als Ausgangspunkt der Peritonitis.

Mohr (Bielefeld).

18) **Brutzer.** Über Perityphlitis.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1901. No. 1.)

B. giebt eine Übersicht über die Resultate der Behandlung von 123 Fällen von Perityphlitis, die in den Jahren 1894 bis 1900 in der chirurgischen Abtheilung des Rigaschen Stadtkrankenhauses unter A. v. Bergmann behandelt wurden.

30 Fälle davon betreffen die chronische Form der Appendicitis, die sämmtlich im freien Intervalle operirt wurden. Nur 1 Todesfall war zu beklagen, betreffend einen 65jährigen Mann, der am 6. Tage nach der Operation an akuter gelber Leberatrophie starb.

93 Fälle akuter Appendicitis kamen zur Behandlung. Davon heilten 24 bei exspektativer Behandlung des ersten Anfalles.

11mal bestand bei der Aufnahme diffuse Peritonitis. 7 wurden operirt; sie starben sämmtlich; die übrigen 4 waren so elend, dass eine Operation nicht mehr indicirt war; sie gingen rapid zu Grunde.

20mal handelte es sich um progredient-herdweise Peritonitis; Alle wurden operirt; 11 starben.

In 36 Fällen bestand ein einfacher perityphlitischer Abscess, der eröffnet wurde. 3 starben an Pneumonie oder Leberabscess. Die Heilung wurde 6mal durch Bildung von Kothfisteln verzögert; meist schlossen sie sich spontan; in 2 Fällen mussten sie operativ beseitigt werden. **Haeckel** (Stettin).

19) **Mintz.** Akute gelbe Leberatrophie als Komplikation von Epityphlitis, zugleich ein Beitrag zur Frage der postoperativen Magen-Duodenalblutungen.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VI. Hft. 4 u. 5.)

Ein 40jähriger Mann, starker Säufer, wird am 11. Tage der Erkrankung an Appendicitis operirt, ein großer Abscess eröffnet, der Wurmforsatz entfernt. Er bekommt danach mehrtägiges Bluterbrechen, schweren Ikterus, rechtsseitige Lähmung und stirbt am 7. Tage nach der Operation. Die Autopsie ergiebt akute gelbe Atrophie der Leber, deren Parenchym Bacterium coli enthält; Erosionen im Duodenum und entlang der kleinen Kurvatur des Magens, entsprechend denen sich zahlreiche obliterirte Arterienlichtungen und prall bis zum Bilde der globulären Stase gefüllte Venen vorfinden.

Beachtung verdient dieser Fall, weil er als neue Folgeerkrankung der Appendicitis die akute gelbe Leberatrophie kennen lehrt und somit eine erneute Mahnung gegen die konservative Behandlung bei der Appendicitis liefert. Er ist ferner für die Lehre von der akuten gelben Leberatrophie von Bedeutung, in so fern zu den Krankheiten, in deren Gefolge sie sich einstellt: Osteomyelitis, Erysipel, Typhus, Recurrens, Puerperalfieber, Septhämie, sich nun auch die Appendicitis gesellt. Die Ulcerationen im Magen und Duodenum sind aufzufassen als septhämische auf einem von vornherein weniger widerstandsfähigen Boden entstandene Geschwüre. **Haeckel** (Stettin).

20) **Umber.** Pyopneumothorax subphrenicus (v. Leyden) auf perityphlitischer Basis ohne Perforation.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VI. Hft. 4 u. 5.)

Bei einem 44jährigen Arbeiter entwickelte sich in der rechten Bauchseite ein mächtiger, gashaltiger Abscess, der vom Poupart'schen Bande bis zum Zwerchfelle reichte, letzteres bis zur 3. Rippe empordrängend; die Leber war von der vorderen Bauchwand ab nach hinten geschoben. Eröffnung des Abscesses mit Resektion von 2 je 6 cm langen Rippenstücken; 2 Liter stinkenden Eiters entleert; am Darme

keine Perforationsstelle zu finden. In der vor der Operation gesunden Pleurahöhle entwickelt sich ein Empyem, das noch 2malige Operation nöthig machte. Danach völlige Heilung. Ursache der Gasbildung war ein Stäbchen, halb so groß wie das Bacterium coli commune, sonst demselben sehr ähnlich, das als Paracolibacillus aërogenes bezeichnet werden könnte. Es ist anzunehmen, dass es ohne Perforation der Darmwandung aus dem Darme in die Bauchhöhle eingewandert ist.

An sich sind die Fälle von subphrenischem Pyo- und Pyopneumothorax selten, nur 80 sind publicirt. Von diesen können 8 von Processen des Blinddarmgebietes abgeleitet werden; von ihnen sind nur 7 mit dem Leben davongekommen: einer heilte spontan durch Durchbruch in die Lungen, der andere durch Operation, er wurde aber nicht lufthaltig. Somit stellt der beschriebene Fall die erste Beobachtung eines von Perityphlitis ausgehenden subphrenischen Pyopneumothorax dar, der durch Operation zur Heilung geführt ist. **Haeckel** (Stettin).

21) **Quadflieg.** Zur Kasuistik der Hernia ovarica inguinalis.
(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 20.)

Q. berichtet aus dem Mariahilfkrankenhause zu Aachen über 3 Fälle von Eierstocksbrüchen, und zwar zwei angeborene bei 2—4 Monate alten Kindern und eine erworbene bei einer schwangeren Frau. Alle 3 Fälle kamen zur Operation; im 1. Falle war der Eierstock verwachsen und cystisch degenerirt, im 2. Falle in Folge von Stieldrehung brandig, so dass die Exstirpation beide Male nothwendig war; im 3. Falle fanden sich Eierstock und Eileiter stark geschwollen und ließen sich reponiren. Die Diagnose wurde in 2 der Fälle erst bei der Operation gestellt; die Brüche waren schmerzhaft. Heilung bei allen 3 Pat.

Kramer (Glogau).

22) **H. B. Angus.** Ulcer of stomach. Acute haematemesis. Gastrotomy.
(Brit. med. journ. 1901. März 23.)

Bei einem 19jährigen Mädchen, welches schon seit einem Jahre an Magenbeschwerden gelitten hatte, trat plötzlich eine gewaltige Magenblutung ein. In Anbetracht des gefahrdrohenden Zustandes wurde sofort nach Einlieferung ins Krankenhaus die Laparotomie ausgeführt. Die Abtastung der Magenwände ergab eine verdickte Stelle an der hinteren Fläche. Mittels eines Schnittes durch die hintere Magenwand wurde ein blutendes Geschwür frei gelegt. Die Stillung der Blutung erfolgte auf die Weise, dass eine Tabaksbeutelnaht um den Geschwürsgrund geführt und fest geknotet wurde. Die Kranke genas; nur wurde die Heilung durch eine beiderseitige Thrombose der Vena saphena verzögert.

Weiss (Düsseldorf).

23) **W. H. Horrocks.** Perforated ulcer of the stomach.
(Brit. med. journ. 1901. März 23.)

Ein weiterer Fall von erfolgreicher Operation bei Perforation eines Magengeschwüres. Die Operation fand $5^1/_2$ Stunden nach dem Unfalle statt. Die ganze Bauchhöhle war mit halbverdautem Mageninhalte verunreinigt. Die Perforation hatte ihren Sitz an der vorderen Magenwand nahe der Cardia.

Weiss (Düsseldorf).

24) **R. C. B. Maunsell.** Some practical points in the diagnosis and operative treatment of perforated gastric ulcer.
(Brit. med. journ. 1901. März 23.)

M. theilt 4 Krankengeschichten von Perforation eines Magengeschwüres mit; 3 der Kranken gingen zu Grunde. Die Zeit der Operation war 11, 30, 19 und $12^1/_2$ Stunden nach stattgehabter Perforation. Pat. I starb 10 Tage nach der Operation an Pneumonie. Bei der Sektion fand sich keine Peritonitis. Pat. II starb 3 Stunden nach der Operation. Pat. III ging am 5. Tage nach der Operation zu

Grunde; die Sektion ergab Peritonitis. Pat. IV genas. Die Perforation saß alle Mal an der vorderen Wand. Das angewandte Verfahren bestand in Naht der Perforation. Nur bei Pat. III wurde in Anbetracht einer gleichzeitig bestehenden Pylorusstenose die Pyloroplastik ausgeführt. Das Geschwür, das ganz in der Nähe des Pylorus saß, fiel in den Bereich des Schnittes. **Weiss** (Düsseldorf).

25) **Hämig.** Chirurgisch nicht zu behandelnder Ileus, durch Atropin behoben. (Aus der Züricher chirurg. Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 23.)

Bei dem 59jährigen Pat. waren nach lumbaler Entfernung der rechten krebsigen Niere, wobei das Bauchfell eröffnet, das Colon ascendens weithin abgelöst und die Nierengefäße nahe ihrem Abgange unterbunden werden mussten, ca. am 7. Tage Erscheinungen aufgetreten, die auf einen dynamischen Ileus hinwiesen, eine erneute Operation in Folge von Collapszufällen des Pat. ausschlossen. Eine Einspritzung von 3 mg Atropin (außer Ol. camphor.) führte zwar zu schweren Vergiftungserscheinungen, aber auch zum Schwinden der Ileussymptome mit schließlichem Ausgange in Heilung. **Kramer** (Glogau).

26) **E. H. Groves.** Case of extreme stenosis of the small intestine in an infant.

(Brit. med. journ. 1901. März 23.)

Es handelt sich um ein 20 Monate altes Kind. Dasselbe war, so lange es an der Brust genährt wurde, bis zum Alter von ca. 1 Jahr, völlig gesund. Nach der Entwöhnung fing es an abzumagern und schrie sehr viel. Der Zustand wurde immer schlimmer. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus war das Kind hochgradig abgemagert. Der Leib war stark, gleichmäßig ausgedehnt und hatte in Nabelhöhe einen Umfang von 25 Zoll. Durch die außerordentlich dünnen Bauchdecken hindurch waren häufig Darmschlingen zu sehen. Bei Kontraktion derselben ließ sich ein lautes, gurgelndes Geräusch hören. Dem Kinde entstanden dadurch augenscheinlich Schmerzen.

Unter vorsichtiger Ernährung schien es sich etwas zu erholen. Nach einigen Tagen verschlimmerte sich indessen der Zustand, und ehe noch die Zustimmung der Eltern zur Laparotomie — es wurde an eine chronische Abklemmung des Darmes durch einen Strang gedacht — erlangt war, ging das Kind zu Grunde.

Bei der Sektion fanden sich einige außerordentlich stark ausgedehnte Dünndarmschlingen. 39 Zoll vom Blinddarme und 55 Zoll vom Pylorus entfernt fand sich eine harte Struktur der Darmwand, welche kaum für eine Sonde sich als durchgängig erwies. Oberhalb der Striktur hatte sich eine Menge Speisereste angesammelt. Die übrigen Darmpartien waren normal.

G. sieht die Striktur als eine angeborene an. **Weiss** (Düsseldorf).

27) **P. Clairmont.** Kasuistischer Beitrag zur Radikaloperation der Kothfistel und des Anus praeternaturalis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 3.)

Die Arbeit enthält einen kritischen Bericht über die operativen Resultate, welche bei 29 Fällen von Kothfistel, bezw. widernatürlichem After in der Klinik von v. Eiselsberg in Königsberg i/Pr. erzielt wurden. Die Krankengeschichten selbst sind ausführlich beigefügt und in 7 Gruppen eingetheilt nach ätiologischen Gesichtspunkten. Neben angeborener Kothfistel finden wir eine Reihe solcher, die nach Brucheinklemmung entstanden sind, ferner solche nach Appendicitis, Tuberkulose, Typhus, Parametritis und Darmgeschwulst. Dazu kommen noch 3 Fälle mit unbestimmter Ätiologie, ein äußerst reichhaltiges und interessantes Material, dessen Studium bei dem Interesse, das die Bauchchirurgie heute in so hervorragendem Maße bevorzugt, sehr lehrreich ist.

Ein principieller Unterschied zwischen den Operationen bei Kothfistel und denen beim widernatürlichen After besteht nicht; die Übergänge zwischen beiden sind ja auch sehr zahlreich. Am häufigsten fand sich die äußere Fistelöffnung in

der Leistengegend. Die innere Fistel lag in 21 Fällen im Dünndarme, wahrscheinlich im untersten Theile desselben. Die Diagnose, meist ohne Schwierigkeit zu stellen, wurde in Zweifelsfällen durch Verabreichung von Kohle durch den Mund gesichert, einmal auch mittels Erweiterung der Fistel durch einen Laminariastift.

Indikation zur Operation bildeten mannigfache Ursachen, so Tuberkulose, Darmgeschwulst, schlechter Ernährungszustand und Abmagerung der Pat.; wo letzere fehlte, häufig ein nicht zu beseitigendes Ekzem und der Kothgeruch. Für den operativen Eingriff ist von Wichtigkeit die Zeit, die seit Entstehung der Kothfistel verflossen ist, da der abführende Schenkel allmählich kollabiren, ja sich schließen kann.

Bei der Operation selbst wurde nach der üblichen Darmentleerung und Desinfektion die mit Jodoformgaze tamponirte Fistel umschnitten und die Ränder über der Gaze vernäht, was allerdings bei den späteren Fällen unterlassen wurde, bei denen man sich mit der Tamponade begnügte. Die Eröffnung der Bauchhöhle selbst fand bald an der Stelle der Fistel statt, bald fern von derselben, je nachdem der die Fistel enthaltende Darmtheil resecirt oder ausgeschaltet werden sollte. Eine bestimmte Indikation zur Wahl einer dieser beiden Methoden besteht nicht. Bei den 29 Fällen wurden 18 Darmwandresektionen, 4 Keilexcisionen, 13 Darmresektionen vorgenommen. Bei totalen Resektionen wurde hauptsächlich die cirkuläre Naht angewandt, 2mal auch der Murphyknopf.

In den meisten Fällen gelingt es, die Fistel durch Resektion zu schließen; für die totale Ausschaltung bleiben nur jene wenigen Fälle, bei denen außerordentlich zahlreiche Verwachsungen jene unmöglich machen. Die äußere Fistelöffnung heilt nach allen Methoden der Ausschaltung rasch und sicher aus. Ausschabung oder Excision der Fistel ist nicht nothwendig. Nach Eversion des Schleimhauttrichters oder bloßer Jodoformgazetamponade mit Höllensteinätzung verödet die Schleimhaut schnell. Bei Verschluss der Bauchdecken wurde die Einlegung eines Jodoformgazestreifens zur Drainage bevorzugt.

Was die Resultate anlangt, so stehen 23 Fälle von Heilungen 4 Todesfällen und 2 vergeblichen Eingriffen gegenüber. Doch kommt von den Todesfällen nur einer direkt auf Rechnung der Operation durch diffuse eitrige Peritonitis im Anschlusse an den Eingriff.

Den Schluss der Arbeit bilden einige Erörterungen über die Bedeutung der Anlegung eines Kunstafters bei brandigen eingeklemmten Brüchen, speciell im Anschlusse an die Empfehlung Hofmeister's, in solchen Fällen die primäre Darmresektion vorzuziehen und die Anlegung eines künstlichen Afters zu vermeiden. Die Ansicht v. Eiselsberg's geht dahin, dass es ein Normalverfahren für diese Fälle nicht giebt. Der lokale und allgemeine Befund bestimmen die Wahl der Methode. Ohne besondere Kontraindikation soll man nicht auf die allgemeine Narkose zu Gunsten der Lokalanästhesie verzichten. Die Darmresektion ist nur bei relativ gutem Kräftezustande und klarer Übersicht über die Darmschlingen vorzunehmen; bei lokaler Anästhesie ist sie zu vermeiden. Bei lokaler Anästhesie und eben so in allgemeiner Narkose bei unzuverlässigem Aussehen der Darmschlingen ist ein Kunstafter anzulegen.

Das Letztere geschieht in der Weise, dass das Mesenterium der brandigen Schlinge hervorgezogen und ein Gazestreifen durch dasselbe hindurchgesteckt wird. Nach Tamponade des Bruchsackes und der Wunde wird durch Incision der Darm eröffnet, was man bei Darmwandbrüchen etc. auch später erst mittels Paquelin thun kann. Dann wird ein Darmrohr eingeführt und in ein Glasgefäß mit einem Gummischlauche hineingeführt. Da die Aussichten, die Kothfistel operativ zu schließen, nach den beschriebenen Resultaten so günstige sind, besteht keine Kontraindikation, einen Kunstafter bei eingeklemmten Brüchen, wenn nöthig, anzulegen.

Die Anlegung der Dupuytren'schen Darmschere in der Modifikation von v. Mikulicz hat nur für den Dickdarm Bedeutung, da dessen Naht eine unsichere ist. Für alle übrigen Fälle empfiehlt Verf. die Radikaloperation durch Darmwand- oder Darmresektion als die ideale Methode.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

28) C. A. Morton. A clinical lecture on some cases illustrating the surgery of the large intestine.

(Brit. med. journ. 1901. April 13.)

Erwähnenswerth aus der vorliegenden Publikation sind die Ausführungen M.'s über Ventrofixation der Flexura sigmoidea bei Mastdarmvorfall. Verf. giebt geschichtliche Daten der Operation und theilt einen weiteren Fall mit. M. hat die Operation so gestaltet, dass er von einem dem Lig. Pouparti parallelen Schnitte — die Muskulatur wird entsprechend ihrem Faserverlaufe durchtrennt — die Bauchhöhle eröffnet, den Mastdarm in die Höhe zieht, eine Falte aus dem Mesorectum bildet und letztere mit dem Peritoneum parietale vernäht.

Die Heilung verlief glatt, doch war der Dauererfolg kein idealer, da nach ca. 1 Jahr ein leichtes Recidiv konstatirt werden konnte. **Weiss** (Düsseldorf).

29) H. Lorenz. Unsere Erfolge bei der Radikalbehandlung bösartiger Mastdarmgeschwülste.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 4.)

Durch die Anregung der Vorträge von Rehn und Krönlein auf dem vorletzten Chirurgenkongresse sind schon eine Reihe statistischer Mittheilungen über die Erfolge der einzelnen Methoden der Radikalbehandlung des Mastdarmkrebses zur Publikation gekommen, denen sich auch die vorliegende Arbeit anschließt, welcher das beträchtliche Material der Albert'schen Klinik in Wien zu Grunde gelegt ist, im Ganzen 331 einschlägige Fälle, eine Zahl, die gewiss kaum von einer anderen Klinik erreicht sein dürfte.

Was die Indikationen anlangt, unter welchen die Radikaloperation vorgenommen wurde, so galt starke Fixation im Becken, ausgedehnte Verwachsung mit Kreuzbein, Harnröhre oder Harnblase als Kontraindikation. Erreichbarkeit der oberen Grenze galt nicht als unumgänglich erforderlich, Verwachsungen mit dem weiblichen Geschlechtsapparate hinderten den Eingriff nicht. Die palliative Operation, die Kolostomie, wurde nur in den dringendsten Fällen gemacht, wo die Schmerzen unerträglich wurden. Trotzdem erreichte die Zahl dieser Operation eine Höhe von 115 solcher Eingriffe. Sie wurde 3mal so häufig bei Männern wie bei Frauen vorgenommen. Viele Kranke erholten sich danach außerordentlich.

Eine allzu lange Vorbereitungskur war nicht üblich. L. hält sie für einen Zeitverlust, und Hochenegg kommt ohne besondere Vorbereitung und ohne nachträgliche Opiumgaben aus. Die präliminare Kolostomie ward selten gemacht.

Als Voroperation wurde abgesehen von wenigen Fällen, in welchen die perineale Methode, temporäre Resektionen des Kreuzbeines und der vaginale Weg gewählt worden waren, die dauernde Resektion des Kreuz- und Steißbeines oder nur des letzteren als Normalverfahren gehandhabt. Darum werden nur die Erfolge dieser Methode geprüft, welche an 133 Pat. ausgeübt wurde, die zwischen 20 und 78 Jahre alt waren. In linker Seitenlage wurde der Hochenegg'sche rechtskonvexe Bogenschnitt ausgeführt, der nach unten den After umkreiste. In gleichem Bogen wurde, wo nöthig, d. i. in 91 Fällen, das Kreuzbein durchtrennt, nicht über das 3. und 4. Sacralloch hinaus, immer nur so weit, als die Lage des Falles es erforderte.

Im direkten Anschlusse an die Operation gingen ca. 13% der Kranken zu Grunde, das sind 17, von denen 5 nicht an Wundinfektion, sondern an Herzschwäche und Collaps starben. Dass die Kreuzbeinresektion keine wesentlich größeren Wundkomplikationen schafft, glaubt L. daraus schließen zu dürfen, dass von den nur mit Steißbeinresektion Behandelten über 7%, von den mit Resektion des Kreuzbeines Operirten knapp 10% starben.

Die Eröffnung des Bauchfelles wurde nicht als gefährlich erachtet und stets vorgenommen, wo eine bessere Mobilisirung des Darmes erreicht werden sollte.

Was die Versorgung des Darmes nach der Exstirpation des Krebses betrifft, so ist das beste Verfahren die Hochenegg'sche Durchziehmethode. Die geringe Gefährlichkeit, die sie besitzt, ist daneben nur noch der Anlegung eines sacralen

Afters eigen. Alle anderen Arten der Naht, die cirkuläre, partielle Naht in der Wunde, die Invaginationsmethode, sind gefährlicher, aber wegen Unbeweglichkeit des proximalen Mastdarmstückes nicht immer zu vermeiden. Die Wundhöhle wird nie ganz geschlossen und immer ergiebig drainirt. Die Nachbehandlung der Operirten ist eine sehr schwierige. Von ihrer Vollkommenheit hängt die Rettung manches gefährdeten Menschenlebens ab.

Die besten funktionellen Resultate bezüglich der Kontinenz giebt die Durchziehmethode, danach kommen erst die Resektionen mit Naht. Misserfolge bis zu völliger Inkontinenz kommen aber bei allen Methoden vor, am wenigsten allerdings bei den erstgenannten.

Was endlich die endgültigen Resultate betrifft, so kann hier Verf. 100 Fälle in Betracht ziehen. Von diesen starben 11 im Anschlusse an den Eingriff. Weiterhin starben 17 während des ersten Jahres, 13 während des 2., 9 im 3. und 5 im 4. Jahre an Recidiven.

Die Zahl der Dauerheilungen beziffert sich auf 16%. Heute leben im Ganzen von den Operirten noch 13, und zwar $3^1/_2$—$13^3/_4$ Jahre nach der Radikaloperation. Die Recidive führten selten zu neuen Stenoseerscheinungen. Recidivoperationen wurden im Ganzen 10mal ausgeführt, nur 1mal mit dauerndem Erfolge.

Eine Besserung der Resultate ist für die Exstirpation des Mastdarmcarcinoms nur durch Besserung der Frühdiagnose zu erwarten. Die frühzeitige Digitaluntersuchung darf nicht, wie das heute noch geschieht, so oft versäumt werden. L. sieht die sacralen Methoden für leistungsfähiger an wie die perinealen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

30) **V. Subbotić.** Beitrag zur Kenntnis der hämorrhagischen Pankreascysten.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 197.)

S. operirte im Landeskrankenhause in Belgrad eine 27jährige Pat. mit tödlichem Ausgange, das Sektionspräparat wurde in Wien genauer untersucht. Die Kranke hatte 2 Jahre vor der Aufnahme einen Sturz nebst heftiger Kontusion unter dem linken Rippenbogen erlitten, wonach Schmerzen daselbst und bald auch eine Geschwulst auftraten. Schmerzen, neuerdings sehr stark, nöthigten zum Krankenhauseintritte, die Geschwulst war zuletzt kindskopfgroß, fluktuirte, war in der Quere etwas verschieblich, machte auch etwas Athembewegungen. Ihre Lage war, wie Luftaufblasungen darthaten, zwischen Magen und Colon. Laparotomie, Punktion der Cyste mit Entleerung von $1^1/_2$ Liter hämorrhagischer Flüssigkeit. Einzeitige Einnähung in die Wunde. Tod an Peritonitis in Folge von Durchschneiden einer Naht. Das Sektionspräparat zeigte starke Verwachsung der Cyste mit der Magenhinterwand. Cystenwand 3—4 mm dick, stellenweise lamellär gebaut. Mikroskopisch finden sich in der Drüse die Merkmale chronischer indurirender Entzündung. Der Ductus pancreaticus ist von der Papille aus nur eine kurze Strecke weit sondirbar, und enthält der Pankreaskopf 2 Höhlen, nuss- bezw taubeneigroß, von fibrösem Gewebe umgrenzt, mit eingedicktem, schleimigem, bezw. reisähnlichem Inhalte. Die große Cyste liegt zwischen Magenhinterwand und Vorderwand des Pankreasschwanzes. Das Parenchym des letzteren steht durch 2 Fisteln, welche sondirbar sind, mit dem Innern der Cyste in Verbindung. Die letztere entwickelte sich also aus cystisch erweiterten Drüsengängen des Pankreasschwanzes. Eine chronisch indurirende Pankreatitis ist als Grundkrankheit anzusehen. Sie führte zur Bildung von Retentionscysten. Wiederholte Hämorrhagien bewirkten schließlich die Wandverdickung der Cyste und ihre Verwachsungen mit der Nachbarschaft. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

31) **G. Seefisch.** Mittheilung über Pankreascysten.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 153.)

Die Mittheilung betrifft 4 von Hahn im Berliner Friedrichshain-Krankenhause beobachtete Fälle, sämmtlich geheilt, und zwar 3 durch Operation. Da S. hierüber in der Berliner Chirurgen-Vereinigung Vortrag gehalten hat, verweisen wir

auf das diesbezügliche Referat in d. Centralblatt 1901 p. 26, wo das Kasuistische genügend wiedergegeben ist[1]. Hervorzuheben ist, dass alle 4 Fälle gut diagnosticirbar waren. Den Krankengeschichten folgt eine kurze Allgemeinbesprechung, die sich im Wesentlichen an Körte's bekanntes Werk über die chirurgischen Pankreaskrankheiten anlehnt und die nach Erscheinen des letzteren ziemlich reichlich publicirten neuen einschlägigen Arbeiten und Beobachtungen mit berücksichtigt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

32) **P. Ostermeier** (München). Beitrag zur multiplen Fettgewebsnekrose.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 14.)

Der mitgetheilte Fall hat mit den bisher bekannt gewordenen Beobachtungen der Krankheit die Übereinstimmung im klinischen Verlaufe — plötzliches Eintreten schwerster Symptome inmitten bester subjektiver Gesundheit, heftige spontane Schmerzen im Epigastrium, Vortäuschung einer inneren Einklemmung, rascher tödlicher Ausgang — gemein, unterscheidet sich aber von jenen dadurch, dass es in ihm ohne Zerfallsherd im oder um das Pankreas und bei Bestehen nur kleiner, spärlicher Fettgewebsnekrosen zu einer eitrigen Peritonitis kam. O. nimmt für deren Entstehung eine Komplikation mit Sepsis an, die wahrscheinlich auf dem Wege der Lymphbahnen vom Darme aus erfolgt war; die fibrinös-eitrigen Auflagerungen auf der Serosa fanden sich auf den Nekroseherden.

Kramer (Glogau).

33) **N. P. Marsh** and **K. Mousarrat**. A case of multilocular cystoma of the omentum.

(Brit. med. journ. 1901. März 2.)

Es handelt sich um ein ca. 2jähriges Kind, welches wegen einer beträchtlichen Auftreibung des Leibes in Behandlung kam. Anfänglich wurde das Leiden als Peritonitis tuberculosa angesehen. Der Bauch wurde verschiedentlich punktirt, wobei sich eine stark roth bis braun gefärbte Flüssigkeit entleerte. Bei der schließlich vorgenommenen Laparotomie fand sich ein dünnwandiger Cystensack, dessen Oberfläche ein reichliches Gefäßnetz aufwies. Der Sack war in der Fossa iliaca verwachsen und wies einen breiten Stiel auf, welcher von dem Ansatze des Netzes an die große Curvatur des Magens gebildet wurde. Verwachsungen und Stiel wurden abgebunden und der Sack entfernt. Das Kind genas.

Der Sack bestand aus einer großen und einer Reihe von kleineren Cysten. Der Inhalt der letzteren war klar, serös, derjenige der letzteren jedoch stark blutig gefärbt. Das Colon transversum lag hinter der Cyste und hatte einen mit dem großen Netze nicht zusammenhängenden Bauchfellüberzug. **Weiss** (Düsseldorf).

34) **Lexer**. Entfernung eines großen retroperitonealen Lipoms mit Ausgang in Heilung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 8.)

Bei dem 54jährigen Pat. machte es den Eindruck, als wenn es sich um bösartige Neubildung handle. Die Neubildungen erwiesen sich jedoch bei der Laparotomie als Lipome. Es wurden Geschwülste im Gesammtgewichte von 10,5 kg entfernt. Alle Geschwülste konnten nicht entfernt werden. Als Ausgangspunkt der multiplen Neubildung musste das retroperitoneale Bindegewebe angesehen werden, während das Beckenbindegewebe vollkommen frei war. **Borchard** (Posen).

[1] Nur sind hier mehrerere sinnstörende Druckfehler zu berichtigen: p. 27 Z. 10 lies »Ritte« statt Risse«, Z. 14 »Hämothorax« statt »Hämarthros«, Z. 15 »allmähliches« statt »allnächtliches«, Z. 21 »Magenwand« statt »Geschwulst«.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 30. **Sonnabend, den 27. Juli.** **1901.**

Cystoskopische Erfahrungen.

Von
Dr. **B. Goldberg** in Wildungen.

Wie oft bei bestimmten Erkrankungen die Cystoskopie im Allgemeinen erforderlich wird, lässt sich aus dem Vergleiche der Zahl beobachteter Erkrankungen mit der Zahl der dabei vorgenommenen Cystoskopien ersehen, wofern die Cystoskopie weder, wenn sie nothwendig war, unterlassen, noch, wenn sie entbehrlich war, zu Übungs-, Unterrichts- oder Forschungszwecken dennoch vorgenommen wurde. Diesen Voraussetzungen entspricht mein Krankenmaterial; ich habe bei demselben in den letzten Jahren in Köln und Wildungen etwa 150 Cystoskopien vorgenommen, 22 bei Frauen und Mädchen, alle übrigen bei Männern. 85mal fand sich die Harnblase erkrankt, 37mal entdeckte das Cystoskop, dass die Blase nicht der Sitz der Erkrankung war.

Auf 21 von mir beobachtete und behandelte Pat. mit Blasengeschwülsten kommen 31 Cystoskopien bei 14 Pat. Die Wiederholung der Cystoskopie (bei 3 2mal, bei 2 3mal, bei 1 4mal, bei 1 8mal) hatte den Zweck, den Verlauf der Geschwulstbildung im Auge

zu behalten. Dass 7 Blasengeschwülste nicht cystoskopirt wurden, geschah nicht, weil es unmöglich gewesen wäre, sondern weil bei bereits gestellter Diagnose und nicht beabsichtigter Operation zur Zeit ein Nutzen des Eingriffes für den Pat. nicht ersichtlich war. Man findet 1) Blasengeschwülste, bei denen Cystoskopie unmöglich ist; das ist sehr selten, war bei keinem meiner 21 Pat. der Fall; 2) Blasengeschwülste, die zwar hinsichtlich ihrer Existenz auch ohne Cystoskopie erkennbar sind, aber hinsichtlich ihrer Ausbreitung, ihres Sitzes, ihrer Form, kurz im Detail dem nicht cystoskopirenden Arzte verschleiert bleiben; 3) Blasengeschwülste, die nur cystoskopisch diagnosticirbar sind.

Im Allgemeinen wird fast stets die cystoskopische Orientirung eine Vorbedingung operativen Eingreifens bei Blasengeschwülsten darstellen.

Anders bei Blasensteinen. Mit den tastenden und greifenden Metallinstrumenten lassen sich fast stets die Blasensteine erkennen; die letzteren, die Lithotriptoren, können sogar etwas sehr Wichtiges feststellen, was das Cystoskop nicht aufzuklären vermag, nämlich die Zerbrechlichkeit des Steines. Handelt es sich um primäre Steine in noch aseptischen Harnorganen, so ist bei der Wahl der einen oder der anderen Untersuchungsmethode ferner wohl zu bedenken, dass es bei der Steinsondirung leichter ist, eine Infektion zu vermeiden, als bei der Cystoskopie. — Trotzdem werden dem Arzte, der von der Cystoskopie bei der Behandlung der Blasensteine gar keinen Gebrauch macht, sehr schwere Missgriffe nicht erspart bleiben, insbesondere bei Steinen in Geschwulstblasen und bei inkrustirten Geschwülsten. Dass diese Komplikation gar nicht so selten ist, geht daraus hervor, dass sie in 10% meiner Fälle zur Beobachtung kam. Im Ganzen habe ich von 21 Blasensteinen 8 ante operationem zu cystoskopiren für gut befunden. 10mal stellte ich fest, dass die ärztlicherseits gehegte Vermuthung der Anwesenheit von Steinen in der Blase sich nicht bestätigte; hierfür ist, falls jene Vermuthung begründet ist, die Cystoskopie gleichfalls die letzte Instanz.

Während also bei allen Blasengeschwülsten und bei der Hälfte der Blasensteine die Cystoskopie erforderlich wurde, bedurften unter 55 von mir beobachteten und behandelten Tuberkulosen der Harnorgane ihrer nur 7. Die Cystoskopie darf bei Tuberkulose nur bei strikter Indikation ausgeführt werden, weil die Empfänglichkeit für Infektion beim Operationsgebiete und die Schwierigkeit der Sterilisation beim Instrumentarium hier zusammenkommen. In der Aera des cystoskopischen Ureterenkatheterismus, für welchen ganz dasselbe gilt, darf dies wohl besonders betont werden. — 3 meiner 7 Cystoskopien fanden die Blase erkrankt, 4 sie gesund und die eine Niere als Ursprungsherd.

Von der großen Zahl der Prostatiker, welche ich behandelt habe — in Wildungen litten $^1/_6$ etwa der Pat. an Prostatahypertrophie — cystoskopirte ich nur 6; Prostatiker mit Komplikationen

sind unter diesen 6 nicht einbegriffen. Zu Unterrichts- und Forschungszwecken Prostatiker zu cystoskopiren, unterliegt für einen geschickten Urologen keinen Bedenken; praktisch, für die Behandlung, wird es selten nöthig. Beabsichtigt man aber, einen Prostatiker zu operiren, insbesondere mittels Galvanokaustik, so ist vorgängige Cystoskopie eine conditio sine qua non.

Von den übrigen Pat., welche ich cystoskopirte, hatten 14 Cystitis, 3 koncentrische Hypertrophie, 1 ein Divertikel, 1 einen Fremdkörper; 6mal habe ich den cystoskopischen Harnleiterkatheterismus, 5mal cystoskopische intravesicale Operationen vorgenommen. — Die 37 Cystoskopien, welche die Gesundheit der Blase erwiesen, vertheilen sich wie folgt: 2mal waren Uterus, bezw. Ovarium, 12mal die Prostata erkrankt, 9mal handelte es sich um Neurosen der Blase. 13mal deckte die Cystoskopie auf, dass die Niere, und welche Niere erkrankt war.

Ergebnislos war niemals meine Cystoskopie; es liegt das nicht blos daran, dass man die Technik beherrscht — so und so oft habe ich blutende Blasen ohne Irrigationscystoskop besichtigt —, sondern auch daran, dass man das Cystoskop nicht zu Entdeckungen in eine terra incognita, sondern zur Einzelforschung in ein bereits rekognoscirtes Gebiet sendet.

Den vorstehenden statistischen Erfahrungen füge ich einige kleine technische Bemerkungen hinzu, die vielleicht dem einen oder anderen Arzte von Nutzen sein könnten.

Es ist rathsam, bei nicht normaler Urethra an die Spitze und die Konvexität des Knies einige Tropfen sterilisirtes Olivenöl zu appliciren, und nicht blos Glycerin; die Hineinführung wird so erleichtert, das Sehen nicht erschwert.

Es ist rathsam, in Blasen, welche sich schon bei geringer und sachter Einspritzung kontrahiren, vor der Einführung des Cystoskops 50 ccm 5%ige Antipyrinlösung hineinzubringen und, falls man nachdem spült, 10—20 Minuten darin zu belassen. Weder mit Cocain, noch mit Chloroform — ich habe nie für die Cystoskopie narkotisirt — kann man eine solche Unempfindlichkeit der Blase für Ausdehnung herbeiführen. — Es ist zu empfehlen, dass man sich vor Anzündung des Lichtes durch die entsprechenden, natürlich schonenden, Schiebungen und Drehungen über die longitudinalen, transversalen und sagittalen Durchmesser orientirt. — Es ist endlich unerlässlich, den Cystoskopien bei den zur Infektion disponirenden Zuständen: bei Retentionen, besonders akuten, bei Hämaturien, bei Tumoren, bei Tuberkulosen, eine Injektion von 100—200 ccm $^1/_{500}$—$^1/_{1000}$ Lapis nachfolgen zu lassen.

---

1) G. Eastes. Remarks of the conclusions of the report of the anaesthetics committee of the British medical association.

(Brit. med. journ. 1901. Februar 13.)

E. giebt einen Auszug aus dem erwähnten Berichte, welcher 43 verschiedene Arten von Narkosen umfasst. Die Hauptmittel sind Chloroform, Äther mit den verschiedenen Modifikationen ihrer Mischung und Anwendung, ferner das in England viel gebräuchliche Lachgas, welches auch häufiger zur Einleitung einer längeren Narkose, namentlich der Äthernarkose verabfolgt wird. Bei 21000 Fällen kamen diese Mittel in Anwendung.

E. benutzt das in dem Berichte gebotene Material hauptsächlich zur Untersuchung der Frage: Chloroform oder Äther? Die Zahlen alle anzugeben, würde zu weit führen. Es ergiebt sich, dass die Häufigkeit der gefahrdrohenden Zustände beim Chloroform, allein oder mit anderen Mitteln gemischt, 6mal so groß ist, wie beim Äther. Für das reine Chloroform stellt sich das Verhältnis noch ungünstiger, hier beläuft es sich auf 8 : 1.

Komplikationen und gefahrdrohende Zustände waren im Winter häufiger wie im Sommer. Das gilt namentlich für den Äther. E. macht dafür die im Winter häufiger auftretenden Erkrankungen der Schleimhäute der Respirationsorgane verantwortlich. Ob die Tageszeit einen Einfluss ausübt, ließ sich nicht entscheiden.

Komplikationen waren im Allgemeinen beim männlichen Geschlechte häufiger als beim weiblichen; das Verhältnis stellte sich auf 1,477 : 1. Für direkt gefährliche Zustände war der Procentsatz für das männliche Geschlecht noch ungünstiger, nämlich 1,687 : 1. Das war allerdings je nach dem Narcoticum verschieden. Bei Chloroform war das Verhältnis sehr ungünstig für die Männer 2,071 : 1. Umgekehrt traten beim Äther gefährliche Zustände häufiger beim weiblichen Geschlechte ein. Das Verhältnis der beiden Geschlechter gestaltete sich hier wie 0,621 : 1, bei Einleitung der Narkose mittels Lachgas wie 0,589 (m) : 1 (w.).

Am ungefährlichsten erwies sich die Narkose im Alter von 10—15 Jahren. Von da ab nahmen die Komplikationen und gefährlichen Zustände an Häufigkeit zu. Eben so war im ersten Decennium die Häufigkeit der Gefahr verhältnismäßig groß. Von 36 Narkosen im ersten Lebensmonate gaben nicht weniger wie 3 zu starken Befürchtungen Anlass. Die Äthernarkose erwies sich am gefährlichsten im 6. und 7. Lebensdecennium.

Die Häufigkeit der gefährlichen Zustände wurde begünstigt durch Emphysem, Chok, Alkoholismus, Affektionen des Herzmuskels, Klappenfehler, Empyem, Bronchitis, Abmagerung und Anämie. Bemerkenswerth ist, dass bei fieberhaften Zuständen und den verschiedenen Formen der Tuberkulose die Narkose im Allgemeinen recht gut vertragen wurde.

Die Dauer der Darreichung betrug im Durchschnitte für Chloroform 22,748 Minuten, für Äther 26,995 Minuten. Die Häufigkeit der Komplikationen nimmt sowohl für Chloroform wie für Äther mit der Dauer der Narkose zu, die Gefahr war indessen am größten zu Beginn der Narkose.

Was die bei der Narkose am häufigsten zu beobachtenden Symptome angeht, so war Spannung der Muskulatur häufiger unter Äther als unter Chloroform zu beobachten. Ein größeres Excitationsstadium war bei ersterem zweimal so häufig als beim letzteren. Eben so fand unter Äther häufiger eine stärkere Schleimsekretion statt. Dagegen trat Erbrechen entschieden häufiger bei Darreichung von Chloroform ein.

Eine erschwerte Athmung, Dyspnoë oder Stimmritzenkrampf fand sich häufiger beim Äther, oberflächliche Athmung öfter unter Chloroform. Aussetzen der Athmung kam bei Chloroformnarkose 4mal häufiger vor als bei Äthernarkose.

Störungen im Bereiche des Cirkulationssystems von einfacher Schwäche des Pulses bis zum völligen Aussetzen der Herzaktion waren unter Chloroform 5mal so häufig wie unter Äther.

Unter den Nachwirkungen der Narkose war Erbrechen häufiger nach Äthernarkose, indessen war protrahirtes Erbrechen häufiger nach Darreichung von Chloroform zu verzeichnen. Schwäche, Chok oder Collaps fanden sich bei 69 Chloroform- und 41 Ätherfällen. Bronchitis trat nach Äther 1mal unter 400 Fällen, nach Chloroform dagegen 1mal unter 3300 Fällen auf.

Dann ist noch bemerkenswerth, dass die Neigung zu Komplikationen deutlicher ausgesprochen war bei unvollständiger als bei völliger Anästhesie.

Weiss (Düsseldorf).

---

2) **H. Vegas** et **D. J. Crenwell.** Les kystes hydatiques et leur traitement dans la république Argentine.

(Revue de chir. 1901. No. 4.)

Verff. konnten aus der Zeit von 1877 ab 952 Fälle von Echinokokken lediglich aus Buenos Aires und Rosario sammeln, schätzen jedoch die wirkliche Menge fast doppelt so hoch. Die Zahl der Erkrankungen hat in den letzten Jahren beständig zugenommen; dies lässt sich verstehen, wenn man die wachsenden Massen des in Argentinien gezüchteten Viehes und seine hohe Morbidität bedenkt — 40% Hundewürmer bei Schaf und Rind, ca. 60% beim Schwein. So gehören die meisten Erkrankten auch den Menschenklassen an, welchen die Überwachung und Besorgung des Viehes obliegt, und die viel mit Hunden zusammen sind, welche oft Gelegenheit haben, die rohen, erkrankten Eingeweide zu fressen.

Das meist erkrankte Organ ist die Leber — 641mal in 952 Fällen; am schwersten ist die Erkrankung des Gehirns, welche vorzüglich dem jugendlichen Alter angehört, so wie multiples Auftreten der Echinokokken im Bauche, eine fast unheilbare Form des Leidens.

Die normale Behandlung ist die operative, und es fragt sich nur, welcher Methode der Vorzug zu geben sei — der Einnähung des Beutels in die Wunde mit folgender Drainage oder der Ausschälung der Blase und nachträglichen Verödung der Höhle durch Naht und völligen Verschluss, wie es zuerst von Thornton und Billroth empfohlen ist.

Ein Vergleich der Resultate ergiebt Folgendes:

Von 245 Echinokokkenkranken, die mit Drainage behandelt wurden, starben 4,08%; von 109 primär vernähten 5,5%; bei den zunächst Genesenen stellten sich jedoch 21mal theils sofort, theils erst später Eiteransammlungen in den Höhlen ein, die nachträgliche Wiedereröffnung und Drainage erheischten.

Hiervon betroffen, hat Viñas Untersuchungen über Bakteriengehalt der Blasen und ihrer Kapsel angestellt; im wasserklaren Blaseninhalte fand er entweder keine oder nicht virulente Keime (Staphylokokken); dagegen wurden in der fibrösen Kapsel wiederholt, auch bei sterilem Blaseninhalte, virulente Staphylokokken bezw. Colibakterien gefunden. So erklärt sich das Zustandekommen von nachträglicher Vereiterung der Höhle bei anscheinend ganz aseptischer Ausschälung der Blase mit folgender Verödung der Höhle.

Verff. sahen daher als Normalverfahren entschieden die Drainage des eingenähten Sackes an, möchten jedoch die Verödung der Höhle durch Naht bei Echinococcus des Gehirns bezw. bei oberflächlich gelegenen Blasen als berechtigt anerkennen. **Christel** (Metz).

---

3) **Borrmann.** Über Netz- und Pseudonetztumoren nebst Bemerkungen über die Myome des Magens.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VI. Hft. 4. u. 5.)

Unsere Kenntnisse über Netzgeschwülste sind noch spärlich, die Verhältnisse in der Beurtheilung derselben sind schwierig, da es oft nicht leicht zu unterscheiden ist, ob man es mit einer primären Geschwulst des Netzes zu thun hat, oder mit einer in der Magen- oder Darmwand entstandenen, die sich sekundär zwischen die Blätter des Netzes entwickelt hat und mit ihrem Ausgangsorgane vielleicht nur durch einen dünnen Stiel zusammenhängt (Pseudonetzgeschwülste). Daher ist B.'s Beobachtung auf Grund eines Sektionsbefundes von Werth. Ein theils cystisches, theils myxomatöses Myosarkom, 17 : 16 : 6 cm groß, saß breitbasig — ungefähr in Handtellergröße — der großen Kurvatur des Magens an, hatte sich nur walnussgroß in das Mageninnere hineinentwickelt und war, das Colon transversum vor sich herschiebend, zwischen die Blätter des Lig. gastro-colicum nach unten gewachsen. In der Litteratur existiren nur 2 ganz analoge Fälle, in den anderen ähnlichen entwickelte sich die Geschwulst vom Colon aus in das Netz hinein, oder von der kleinen Kurvatur aus ins kleine Netz. B. sammelt ferner aus der Litteratur 5 weitere Fälle, die zum Theil für Netzgeschwülste gehalten worden waren,

aber, von der Magenwand entspringend, sich nach außen entwickelten, jedoch nicht zwischen die Netzblätter hinein, sondern nur theilweise mit den letzteren verwachsen waren. B. erörtert sodann die klinischen Erscheinungen und besonders ausführlich die Differentialdiagnose dieser Neubildungen, um am Schlusse noch 2 Myome der Magenwand zu beschreiben, die zufällig bei Sektionen gefunden wurden; eins, walnussgroß, ging von den inneren Muskellagen aus und hätte sich bei weiterem Wachsthume wohl wesentlich nach dem Mageninnern hin entwickelt, das andere, kirschkerngroß, saß intramural und prominirte in gleichem Maße nach der Schleimhaut- wie der Serosaseite des Magens.

Haeckel (Stettin).

---

4) **Packard** und **Le Conte.** The surgical treatment of ascites due to cirrhosis of the liver, with report of two cases.

(Amer. journ. of the med. sciences 1901. März.)

Ausgehend von dem Grundsatze, dass ein Urtheil über den Werth einer Operation nur möglich ist, wenn auch die ungünstig verlaufenen Fälle veröffentlicht werden, berichten die Verff. über folgende 2 Erfahrungen mit der von Talma inaugurirten Operation gegen Ascites bei Lebercirrhose.

1) 36jähriger Ingenieur, starker Trinker, früher stets gesund, abgesehen von Gonorrhoe mit nachfolgender Striktur. Seit 5 Jahren schwillt der Bauch, besonders in den unteren Partien, an, seit 5 Wochen so bedeutend, dass Pat. sich zu Bett legen musste, nichts mehr essen konnte, kurzathmig wurde und geschwollene Beine bekam.

Am 6. August 1900 ist er leidlich genährt. Er hat deutliche Arteriosklerose, systolisches Geräusch über Mitralis und Aorta. Leib durch Ascites mächtig ausgedehnt, Beine etwas ödematös. Urin dunkel, leicht getrübt, specifisches Gewicht 1025, stark sauer, eiweiß- und zuckerfrei; 4malige Punktionen in Zwischenräumen von 12—22 Tagen entleeren jedes Mal 215—320 Unzen Flüssigkeit. Da keine Besserung eintrat, am 13. Oktober Operation genau nach den Vorschriften von Morison (vgl. Referat über Brown, d. Centralbl. 1900, p. 935. Ref.). Die Leber ist hart, dunkel und erheblich geschrumpft, erkennbar bindegewebig verändert. Milz um das 3—4fache vergrößert. Die Heilung der Operationswunde erfolgte reaktionslos, das Drain, das durch die suprapubische Incision ins Becken geleitet worden war, wurde am 20. Oktober entfernt, am 27. war die Drainöffnung geschlossen.

Am 14. November waren auf der Vorderfläche 3 große Venenstämme sichtbar. Der Kollateralkreislauf offenbar gut im Gange; der Ascites hatte sich nicht wieder angesammelt; die Urinmenge etwas herabgesetzt, sonst der Urinbefund normal. Dagegen verschlechterte sich das Allgemeinbefinden fortgesetzt, die Schwäche nahm zu, und am 5. December erfolgte der Tod unter den Erscheinungen von Herzschwäche und Lungenödem.

Die Sektion ergab, dass die beabsichtigten flächenhaften Verwachsungen gut erzielt waren. Milz war $3^1/_2$mal vergrößert, Leber zeigte das Bild der atrophischen Cirrhose. Nur wenig ascitische Flüssigkeit.

2) 52jähriger Polizist, früher syphilitisch und Potator; leidet seit 10 oder 12 Jahren an gelegentlichen Darmblutungen, die in den letzten 2—3 Monaten stärker waren. 4—5 Wochen vor der Aufnahme fingen die Beine an anzuschwellen und kurz darauf auch der Bauch, letzterer progressiv.

7. September 1900. Arteriosklerose, Erweiterung der Gesichtsvenen und Cyanose. Bewegliches, rechtsseitiges Pleuraexsudat. Leichtes systolisches Geräusch

an der Aorta. Bauch enorm ausgedehnt, leicht zurückzubringender apfelgroßer Nabelbruch, großer linksseitiger Scrotalbruch; starker Ascites, Ödem der Beine. Urin 1027, ohne pathologische Beimengungen.

9. September. 3 Unzen Blut gehen durch den After ab, am folgenden Tage Epistaxis.

11. September. Nach Entleerung von 346 Unzen Ascites, wesentliche Erleichterung.

Da der Ascites sich bald wieder ansammelte, wurde am 13. Oktober die Operation genau wie im ersten Falle ausgeführt. Leber vergrößert, hart, knotig. Milz nicht vergrößert.

17. Oktober. Unter Verminderung der Diurese, Eiweißgehalt des Urins, Delirien, Stupor und Koma, Tod. Keine Sektion, kein Zeichen von Infektion.

Anschließend an diese eigenen Beobachtungen besprechen die Verff. unter sorgfältiger Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur eingehend die Geschichte der Operation, ihre Indikationen und Resultate, letztere durch tabellarische Übersicht über die bisher veröffentlichten Operationen illustrirend. Was die Ätiologie des Ascites bei Lebercirrhose betrifft, so halten sie die mechanische Erklärung des Ascites für die richtige und daher auch seine Heilung durch Aufhebung der portalen Kongestion, sei es durch die vorhandenen Kollateralen oder durch künstliche Etablirung neuer Seitenbahnen für möglich.

Die Technik der Operation ist nach Le Conte am besten folgende: Schnitt oberhalb des Nabels etwas links von der Mittellinie, um die Vene im Lig. rotundum sicher zu schonen. Inspektion der Leber zur Sicherung der Diagnose. Kleiner Schnitt in der Mittellinie oberhalb der Symphyse, durch welchen während der übrigen Operation der Ascites mit Saugvorrichtung abgelassen wird. Abreiben des Peritoneum parietale über Netz, Leber und Milz mit Gazebäuschen; eben so werden die Oberflächen der genannten Organe behandelt, das Netz wird dann an 2 oder 3 Stellen mit Katgutsuturen an die Bauchwand geheftet. Bei zuverlässiger Hospitalpflege wird in die untere Wunde ein Drainrohr eingelegt; besteht in Folge ungünstiger äußerer Verhältnisse Infektionsgefahr, so ist es besser, nicht zu drainiren, sondern event. während der Ausbildung der Verwachsungen den neugebildeten Ascites durch Punktion zu entleeren. Keinenfalls soll länger als 1 Woche drainirt werden. Breite Heftpflasterstreifen komprimiren den Leib vom Schwertfortsatze bis zum Nabel. Operation am besten bei erhöhtem Oberkörper, lokaler oder Chloroformanästhesie.

A priori halten Patt. mit Lebercirrhose Eingriffe schlecht aus und sind daher wenig geeignete Operationsobjekte, da die Resistenz ihrer Gewebe wahrscheinlich geringer ist als bei Gesunden. Eine genaue Schätzung des Grades der Degeneration der verschiedenen Organe, einschließlich der Leber, ist fast unmöglich; man sollte daher eine hohe Mortalitätsziffer für die Operation erwarten. Doch scheint die Statistik zu beweisen, dass sie sich einen festen Platz erobert hat, und in Zukunft dürfte eine klarere Beurtheilung über

die Geeignetheit des einzelnen Falles für die Operation möglich sein. Ohne Operation sind diese Pat. zu beständiger Invalidität verurtheilt und erfordern fortgesetzte Behandlung und wiederholte Punktionen, um das Leben erträglich zu machen. Daher sollte die Operation da, wo die Diagnose auf reine Lebercirrhose gestellt werden kann, und wo dauernde zweckentsprechende interne Behandlung erfolglos geblieben ist, warm empfohlen werden. Auf der anderen Seite erscheint dieselbe kaum indicirt, wenn nicht kontraindicirt, in Fällen von Ascites, die mit anderen Arten von Cirrhose oder chronischer Peritonitis komplicirt sind. **R. v. Hippel** (Kassel).

---

5) **W. Pepper.** A study of congenital sarcoma of the liver and suprarenal. With report of a case.

(Amer. journ. of the med. sciences 1900. März.)

Das weibliche Kind wurde am 19. August 1900 geboren und war bis zum 14. September wohl. Dann bemerkte die Mutter eine schnell zunehmende Auftreibung des Leibes, das Kind nahm ab, trank viel, hatte dünne, grüne Stühle.

27. September. Stark und ziemlich symmetrisch aufgetriebener Leib mit vorspringendem Nabel und ektatischen Venen, sehr druckempfindlich, giebt in der Mittellinie unterhalb des Nabels die Empfindung einer festen, schweren Geschwulst, die die rechte Fossa iliaca ganz ausfüllt. Tastung lässt es sicher erscheinen, dass es sich um die vergrößerte Leber handelt.

Das Kind stirbt am 3. Oktober, 6½ Wochen alt. Die Obduktion und mikroskopische Untersuchung ergiebt ein gleichmäßig infiltrirendes Lymphosarkom der Leber und rechten Nebenniere.

Anschließend an diesen Fall giebt P. die ausführlichen Krankengeschichten von 5 ähnlichen, aus der Litteratur gesammelten Fällen und leitet daraus folgende charakteristische Eigenthümlichkeiten des Krankheitsbildes ab:

1) Alle Fälle zeigen die Entwicklung der Geschwulst in den ersten Lebenswochen, spätestens in der 5. Woche; dieselbe ist also kongenital.

2) Dieselbe ist hochgradig bösartig; die Lebensdauer betrug im günstigsten Falle 16 Wochen.

3) Das rapide Wachsthum kann von Tag zu Tag durch Messung beobachtet werden.

4) Alle Kinder, über die in dieser Richtung Angaben vorliegen (5), waren weiblichen Geschlechts.

5) Klinische Symptome sind die Auftreibung des Leibes, Atrophie in wechselndem Grade, kein Ascites, kein Ikterus oder Pigmentation irgend einer Art. Die Kinder tranken alle gut bis kurz vor dem Ende, Schmerz schien kaum vorhanden, keine Temperatursteigerung.

6) Stets handelte es sich um ein gleichmäßig infiltrirendes Sarkom mit nahezu vollständiger Zerstörung des normalen Lebergewebes.

7) Die Geschwulst in der Nebenniere war stets ausgesprochen hämorrhagisch.

8) Nie war ein anderes Organ von der Neubildung ergriffen.

9) Anatomisch war die Geschwulst 3mal ein Rundzellensarkom, 1mal ein Myxo- und 2mal ein Lymphosarkom.

10) Der primäre Sitz wurde in 3 Fällen in die Leber, in 2 in die rechte Nebenniere verlegt.

11) Von einer etwaigen syphilitischen Neubildung unterscheiden die Fälle sich durch das Fehlen von Bindegewebsneubildung, von amyloider Entartung in irgend einem Organe, von Perihepatitis, Ikterus, Milzvergrößerung, Schmerzhaftigkeit in der Umgebung der Leber, Nephritis, so wie durch die hämorrhagische Beschaffenheit dieser Geschwulst.

Ihre Sonderstellung gegenüber allen anderen Fällen von primärem Leber- oder Nebennierensarkom wird durch einen Vergleich mit 46 derartigen aus der Litteratur zusammengestellten Fällen dargethan.

R. v. Hippel (Kassel).

---

6) **Italia.** Sulla genesi dei calcoli biliari.

(Policlinico 1901. No. 4.)

Spritzt man virulente Kulturen von Typhus- oder Colibacillen in die Gallenblase von Kaninchen oder Hunden, so sterben die Thiere ausnahmslos. Bringt man die Bakterien in Galle, welche durch Kochen und Filtriren von Schleim und Eiweiß befreit ist, so schwächt sich ihre Virulenz ab. In der Galle entstehen Niederschläge von Cholestearin und gallenfarbstoffhaltigem kohlensauren Kalke. Spritzt man solche abgeschwächte Kulturen in die Gallenblase ein, so finden sich bei den Thieren, welche die Operation überleben, reiche Coagula, später Konkretionen, die Pigmentkalk und Cholestearin enthalten. Abgetödtete Kulturen haben diese Wirkung nicht. Diese künstlich erzeugten Gallensteine sind also Produkte der bakteriellen Thätigkeit in der Galle. Der Schleim, welchen die Gallenblasenwand producirt, hat nur die Bedeutung, dass er die ausfallenden Salze und Krystalle zusammenbäckt.

Die Zeit, nach welcher die ersten Konkretionen sich gebildet hatten, betrug 4—20 Tage. Nach längerer Zeit (bis 120 Tage) waren richtige harte, granulirte, bis erbsengroße Steine vorhanden.

Ob dazu Stenose der Gallenwege (experimentelle Stenose des Ductus cysticus durch Unterbindung mit Katgut oder Gummifäden) nothwendig ist, bleibt nach den Untersuchungen unentschieden, obobwohl es wahrscheinlich ist.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

7) **A. Ceccherelli.** La chirurgia del pancreas.

(Morgagni 1901. No. 5.)

Die Funktion des Pankreas bestimmt die Operationen an diesem Organe. Die meisten Affektionen des Pankreas haben Abmagerung, Fettstühle, Zuckerausscheidung im Urin, Bronzefärbung der Haut, Gelbsucht und Schmerzen im Gefolge. Die Schwierigkeiten für die Exstirpation bestehen in der tiefen Lage, den engen Beziehungen zu

anderen Organen, den reichen Gefäß- und Nervenversorgungen und der Sekretion eines wichtigen Verdauungssaftes. Die Fortschritte der Chirurgie des Pankreas sind relativ gering wegen der Schwierigkeit der Diagnose namentlich im Beginne der Erkrankung. Eingriffe sind mehr am Schwanz- als am Kopftheile berechtigt. Thierversuche haben die Exstirpation des Pankreas als mit dem Leben verträglich erwiesen. Klinisch ist die Frage noch unentschieden, da nur wenige Versuche vorliegen. Bei Tuberkulose und Syphilis ist der Versuch der Exstirpation zu unterlassen. Bei partiellen Exstirpationen soll ein Gang erhalten bleiben, damit der Ductus Santorini kein Blindgang wird. Am häufigsten kommen Cysten im Pankreas vor. Es genügt, sie zu exstirpiren. Dabei sollen die Cystenwände mit der Bauchwunde vernäht werden, oder wenn die Cyste excidirt ist, soll die Naht die Höhle völlig verschließen. Bei Pankreassteinen sollen diese entfernt werden. Bei der Pankreasnekrose kann es sich um Entfernung der nekrotischen Reste handeln. Bei Eiterungen und Gangrän des Organs soll der Eingriff nicht im akuten Stadium stattfinden. Später kann es sich darum handeln, dem Eiter einen Weg nach außen zu bahnen und infiltrirte oder mortificirte Theile zu entfernen, was auf dem extraperitonealen lumbalen Wege oder transpleural oder schließlich in der Linea alba oberhalb des Nabels geschehen kann. Die chronischen Entzündungen des Pankreas können durch Kompression des Ductus choledochus oder des Pylorus zum Eingreifen veranlassen, wobei aber der Eingriff am besten an der Leber, bezw. am Magen stattfindet. Bei Hernien des Pankreas in Folge von Traumen muss die Reduktion und event. Fixation erfolgen. Bei Zwerchfellbruch ist der Weg vom Brustkorbe aus vorzuziehen. Bei Traumen des Pankreas ist ein Eingriff um so nöthiger, je stärker die Blutung ist. Durch Naht oder Unterbindung des zuführenden Gefäßes wird die Blutung gestillt und gleichzeitig die Bauchhöhle von den Gerinnseln gereinigt. Fälle von Wanderpankreas, die citirt werden, müssen auf Grund von Thierexperimenten zur Fixation empfohlen werden. Wenn die Verbindung zwischen Pankreas und Duodenum durch eine Krankheit aufgehoben ist, muss dem Pankreassafte ein neuer Weg in den Darm gebahnt oder im Falle der Unmöglichkeit eine Pankreasfistel angelegt werden. Pankreasblutungen aus nicht traumatischer Ursache, z. B. bei Gangrän, werden wie traumatische Blutungen behandelt. Bei ringförmigem Pankreas ist die Excision des Ringes oder eine symptomatische Operation nothwendig, ein Eingriff, der bisher nie erfolgt ist. Pankreasnähte verhalten sich nicht anders als die Nieren-, Leber- oder Milznaht. Bei Verletzungen des Ductus pancreaticus müssen enge Nähte, wenn möglich außerhalb der Schleimhaut angelegt werden, damit sich nicht Steine an den Fäden bilden. Pankreaswunden heilen durch Zellwucherung im Parenchym und durch Narbenbildung vom Bindegewebe aus, und die Heilung ist ganz zweifellos sicher gestellt. Nach vollkommener Exstirpation des

Organs wuchern die Galeati'schen Drüsen, in deren Epithel vielfache Kerntheilungen eintreten, so dass man nach den Versuchen Martinotti's einen theilweisen Ersatz des Pankreas durch diese Drüsen annehmen muss. Der Erguss von Pankreassaft in die Bauchhöhle führt an sich nicht zu Peritonitis. Bei der Exstirpation des Pankreas sollen durch vorausgehende Ligaturen die Blutung und der freie Erguss des Pankreassaftes verhütet werden. Der Thermokauter oder Galvanokauter gelangen nicht zur Verwendung.

Dreyer (Köln).

---

8) **B. N. Cholzow.** Über die Behandlung der Harnröhrenstriktur mittels Elektrolyse.

(Botkin's Balnitschnaja gaseta 1901. No. 6—14.)

Die Resultate der bisherigen Behandlungsmethoden der Harnröhrenstriktur (Bougirung, Urethrotomia interna, Urethrotomia externa, Resektion) sind, wie bei der letzten Diskussion über diesen Gegenstand auf dem internationalen Kongresse zu Paris zu Tage trat, recht unbefriedigende. Ausgenommen die Resektion, die aber nur in einer beschränkten Anzahl von Fällen anwendbar ist, schützt keine der genannten Methoden vor Recidiven; in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle muss auch nach der Operation der Erfolg durch regelmäßige Bougirung gesichert werden. Unter diesen Umständen erscheint die Zurücksetzung, welche die seit 30 Jahren bekannte elektrolytische Behandlungsmethode bisher erfahren hat, und die oberflächliche Beurtheilung in den verbreitetsten neueren Handbüchern durchaus unverdient. Nach eingehender historischer Besprechung der Ausbildung der Methode und allmählichen Verbesserung des zu ihrer Ausübung nöthigen Instrumentariums theilt Verf. seine eigenen, an einem großen Materiale gesammelten Erfahrungen unter Anführung 22 ausführlicher Krankengeschichten mit. Er zog sowohl die lineäre Methode mittels des Fort'schen Elektrolysor, wie die cirkuläre mittels des Neumann'schen Instrumentes mit einer von ihm selbst angegebenen Modifikation (Oliven, an deren Spitze eine Führungsbougie angebracht werden kann) in Anwendung. In allen Fällen, wo es möglich war, ging der Operation eine Erweiterung der Striktur mittels Bougies, womöglich Dauersonde vorher, die zugleich eine stärkere Vaskularisation der Gewebe zu erzielen bezweckte, da auf succulente Gewebe die specifische Wirkung der Elektrolyse eine intensivere ist, und die Einführung dicker Oliven zu ermöglichen, welche die Anwendung schwächerer Ströme mit entsprechend geringerer Ätzwirkung bei gleicher specifischer Wirkung gestatten. Verwendet wurden Ströme von 5—9 Milliampère im Durchschnitte, die Dauer der Sitzung schwankte zwischen 2 und 13 Minuten. In 9 von 22 Fällen war nur eine Sitzung nothwendig, in den übrigen 2 bis 4. Anfangs führte Verf. den Vorschriften Fort's entsprechend nach der Sitzung eine Metallbougie ein (No. 18 bis 21 Charrière), was immer gelang; später unterließ er dies und bougirte nur zu diagnostischen Zwecken

einmal nach einem Monate. Eine methodische Bougirung nach der Operation ist durchaus unnöthig. Ausgenommen bei alten, sehr festen, von dickem Narbengewebe umgebenen Strikturen ist der unmittelbare postoperative Erfolg ein glänzender. Ob derselbe von Dauer sein wird, will Verf. auf Grund seiner erst ein Jahr zurückdatirender Beobachtungen nicht entscheiden, glaubt aber bestimmt darauf rechnen zu können, auf Grund seiner Auffassung der elektrolytischen Wirkung, welche nicht in einer ätzenden, also wieder zu Narbenbildung führenden, sondern in einer specifischen Wirkung besteht. Verf. ist überzeugt, dass bei genauerer Bekanntschaft als bisher die Methode mehr und mehr Boden gewinnen wird.

P. Rathcke (Berlin).

---

9) **K. Ritter v. Hofmann** (Wien). Die moderne Therapie der Cystitis.

Wien, **Franz Deuticke,** 1901.

In sehr ausführlicher Weise werden die einzelnen Formen der Cystitis, die dabei anzuwendende diätetische, innerlich-medikamentöse und lokale Therapie erörtert. Für den, der sich nur wenig mit diesem Krankheitsgebiete zu befassen hat, ist das Buch empfehlenswerth, der Harnspecialist wird Neues darin nicht finden können. Ein ausführliches Litteraturverzeichnis ist angefügt.

Schultheis (Bad Wildungen).

---

10) **I. Israel.** Chirurgische Klinik der Nierenkrankheiten. Mit 15 lithographischen Tafeln und 8 Abbildungen im Texte.

Berlin, **A. Hirschwald,** 1901.

»Vorliegende Arbeit« — sagt Verf. am Eingange seines Vorwortes — »ist das Resultat 16jähriger mit dem Jahre 1884 beginnender Erfahrungen. Der glückliche Umstand, dass mir in dieser Entwicklungsperiode der Nierenchirurgie ein besonders reiches Beobachtungsmaterial zugeflossen ist, legt mir die Pflicht auf, Rechenschaft über seine Verwaltung zu geben und das daraus Gelernte mitzutheilen. Desshalb lege ich hier Alles vor, was ich erfahren und gethan habe, während das nicht selbst Erlebte und praktisch von mir Geprüfte keine Stelle gefunden hat.«

Wenn Jemand unter den jetzt lebenden Chirurgen die Berechtigung hat, eine chirurgische Klinik der Nierenkrankheiten zu schreiben, so ist es ohne Frage I., dessen persönliche Erfahrungen auf diesem Gebiete wohl von keinem anderen Chirurgen an Reichhaltigkeit und Vielseitigkeit übertroffen werden. Das vorliegende Werk enthält 297 Einzelbeobachtungen! I. hat es aber auch von jeher in ausgezeichneter Weise verstanden, sein Beobachtungsmaterial wissenschaftlich zu verwerthen. Die zahlreichen, zum Theil grundlegenden Arbeiten, die wir gerade auf dem Gebiete der Nierenchirurgie von I. besitzen, geben hierfür den besten Beweis.

Die große Bedeutung des I.'schen Werkes rechtfertigt es, wenn wir etwas genauer auf seinen Inhalt eingehen.

Kapitel 1. Kongenitale Anomalien der Niere und des Ureters. Unter den angeborenen Anomalien der Niere ist die schwerwiegendste der totale Defekt oder die Aplasie, die Verf. einmal als unerwartetes Sektionsergebnis bei einem Diabetiker fand. Unter seinen operirten Nierenkranken ist ein angeborener Nierendefekt nicht vorgekommen. Kongenitale Dystopien der Niere wurden 3 beobachtet, von denen eine, richtig erkannt, zu einem operativen Eingriffe Veranlassung gab, während die beiden anderen erst bei der Sektion entdeckt wurden. Hufeisennieren wurden 2mal beobachtet; in dem einen Falle konnte die Diagnose auf Hydronephrose der rechten Hälfte einer Hufeisenniere vor der Operation gestellt werden. Anomalien des Ureters wurden verschiedentlich beobachtet; Näheres findet sich in den Kapiteln über Nierenretentionen und Steinnieren.

Kapitel 2. Abnorme Beweglichkeit und erworbene Dystopien der Nieren. I. findet nur in den wenigsten Fällen von Wanderniere eine Operationsindikation. Seine Zurückhaltung liegt in folgenden Gründen: In einer großen, vielleicht überwiegenden Zahl von Fällen werden Beschwerden auf die Wanderniere bezogen, die sicher ganz anderen Quellen entstammen, nämlich neuropathischen Zuständen und Genitalstörungen, so wie ganz besonders einer Kombination beider. Dann fallen die der Nierensenkung allein aufgebürdeten Symptome bei der häufigen Kombination mit Enteroptose den Lageveränderungen mehrerer Unterleibsorgane zur Last, so dass der Antheil der Niere an dem Krankheitsbilde gar nicht mit irgend welcher Sicherheit oder auch nur Wahrscheinlichkeit vor der Operation bestimmt werden kann. Der letzte Grund liegt in der Thatsache, dass unter der Leitung eines die gesammte Körperkonstitution wie das psychische Verhalten berücksichtigenden Arztes eine hygienisch-orthopädische Behandlung in den meisten Fällen eben so weit führt, wie eine operative. I. berichtet nur über 8 einfache Nephropexien; hinzu kommen 6 Nephropexien in Verbindung mit Nephrolithotomie und 5 Nephropexien bei Hydronephrosen in beweglichen Nieren.

Kapitel 3. Subkutane Nierenwunden. Die von I. beobachteten Fälle heilten sämmtlich bei konservativer Behandlung bis auf einen, der einen operativen Eingriff wegen einer hämatogenen Sekundärinfektion des verletzten Organs erforderte.

Kapitel 4. Pyelonephriten und entzündliche Herderkrankungen der Niere. 5 Fälle hämatogener Nierenabscesse; 5 Fälle aufsteigender Pyelonephritis; 1 Fall von großen chronischen Nierenabscessen nach aufsteigender chronischer Pyelonephritis. Einzelne dieser Beobachtungen zeigen, dass eine pyelonephritische, zu schwerer septischer Allgemeininfektion führende Erkrankung auf eine Niere beschränkt sein und dann mit Erfolg entfernt werden kann, so wie dass auch konservative Methoden, wie die Nephrotomie und partielle Abtragungen, mit Erfolg Anwendung finden können.

Kapitel 5. Aseptische und inficirte Hydronephrosen. I. stellt zunächst seinen Standpunkt klar bezüglich der Begriffsbestimmung und der Nomenklatur der Retentionsgeschwülste der Niere. Er will unter Hydro- oder Uronephrosen Retentionszustände verstanden wissen, welche ihre Ursache in einem primär vorhandenen Abflusshindernisse haben, zunächst aseptisch sind, später inficirt sein können — inficirte Hydronephrosen —; unter Pyonephrosen solche, die unmittelbar aus einem infektiös-entzündlichen Processe hervorgegangen sind, der entweder gleichzeitig zur Abflussbehinderung geführt hat oder dieser vorangegangen ist. Der große Fortschritt, den die letzten Jahre in der Therapie der Hydronephrosen gebracht haben, besteht im Wesentlichen darin, dass wir jetzt nicht mehr in der Entfernung des Sackes oder der Entleerung der gestauten Flüssigkeit durch die Nephrotomie die einzige Möglichkeit der Behandlung sehen, sondern bestrebt sind, der Ätiologie des Einzelfalles gerecht zu werden. Die Exstirpation ist indicirt bei Säcken mit obliterirtem Harnleiter; ferner bei wiederholtem Misslingen unserer konservativen Bestrebungen. Endlich dürften sehr ausgedehnte Säcke mit fast verschwundenem Parenchym, so wie solche, die aus einer im kleinen Becken gelegenen Niere hervorgegangen sind, am besten der Exstirpation verfallen, weil hier sowohl die Aussicht auf eine konservative Heilung verhältnismäßig gering ist, als auch die aus dem Leiden erwachsenden Beschwerden erheblich sein können. I. hat bei 40 Hydronephrosenkranken 52 Operationen vorgenommen, und zwar 15 primäre und 6 sekundäre Nephrektomien, 16 Nephrotomien, 2 Nephropexien, 3 Nephropexien mit Pyeloplicatio, 1 Nephrotomie und Harnleiterresektion mit Ureterocystoneostomie etc.

Kapitel 6. Pyonephrosen. Es ist eine der schwierigsten Aufgaben der Pyonephrosenbehandlung, im Einzelfalle die Grenze zu bestimmen, an der die konservativen Bestrebungen aufzuhören haben, um der Nephrektomie das Feld zu räumen. Der Standpunkt, principiell zu nephrotomiren und erst im Falle des Misserfolges die Sekundärexstirpation auszuführen, ist unhaltbar und gefährlich. Die Nephrotomie muss als Normaloperation in den leichten und mittleren Fällen gelten, in denen die Ureteritis keine irreparablen Abflusshindernisse geschaffen hat und man im Stande ist, eine völlig freie Entleerung nach außen zu erreichen, ohne genöthigt zu sein, durch eine zu ausgedehnte Durchbrechung der Zwischenwände die noch vorhandenen Gewebsreste funktionell unbrauchbar zu machen. Von 19 Pyonephrosen wurden 9 durch primäre, 1 durch sekundäre Exstirpation, 1 durch Nephrotomie und Fisteloperation geheilt, 2 blieben ungeheilt, 6 starben.

Kapitel 7. Renale, pararenale und parapelvikale Cysten. Mittheilung des Sektionsbefundes einer großen parapelvikalen Cyste. Die operative Behandlung sowohl der renalen wie der pararenalen und der parapelvikalen Cysten muss eine konservative sein: die Cysten müssen entfernt oder resecirt werden unter Erhaltung der Niere.

Kapitel 8. Nierentuberkulose. Die primäre chronische Nierentuberkulose ist keine seltene Affektion; in den frühen und mittleren Entwicklungsstadien kommt sie überwiegend einseitig vor. I. unterscheidet die käsig-kavernöse Form, aus der sich durch Mischinfektion die tuberkulöse Pyonephrose entwickeln kann; die tuberkulöse Ulceration der Papillenspitzen und die tuberöse oder Knotenform. Auch bei doppelseitiger Erkrankung entwickelt sich die Tuberkulose gewöhnlich nicht gleichzeitig in beiden Nieren, sondern ergreift die zweite erst längerer Zeit nach Erkrankung der ersten. I. hat 30 Kranke wegen Nierentuberkulose operirt: 28 Totalexstirpationen mit partieller oder totaler Entfernung des Harnleiters (8 †), 1 Resektion des oberen Nierenpols, 2 Nephrotomien (1 †). Von 13 Pat. mit Totalexstirpationen ohne Blasenerkrankung sind 10 dauernd, bis zu 11 Jahren, geheilt geblieben.

Kapitel 9. Nierensyphilis. Mittheilung der beiden bekannten Fälle von Nephrektomie wegen syphilitischer Nierenaffektion.

Kapitel 10. Primäre Aktinomykose der Niere. Mittheilung eines während des Lebens diagnosticirten Falles, des ersten seiner Art; Heilung durch Nephrektomie.

Kapitel 11. Nieren- und Uretersteine. Eine zwingende, vitale Nothwendigkeit, bei Nieren- und Harnleitersteinen zu operiren, bietet die calculöse Anurie und die akute pyelonephritische Infektion einer Steinniere. Die Sorge für die Erhaltung der Niere indicirt in allen denjenigen Fällen die Operation, in denen der Stein durch Störung des Abflusses Retentionserscheinungen erzeugt hat. Aber auch wenn keine unmittelbare Gefahr dazu zwingt, so soll man den Kranken zur Operation zu bewegen suchen, wenn auf Grund einer eitrigen Trübung des Urins eine pyelitische resp. chronisch-pyelonephritische Infektion erkannt werden kann, wenn häufige ergebnislose Kolikanfälle auftreten, wenn ein Ureterstein nachweisbar ist, da ein solcher Zustand stets mit Retention oder Infektion der Niere endet. I. berichtet über 61 Operationen bei Nephrolithiasis mit 9 = 14,7% Todesfällen; 12 Operationen bei Harnleitersteinen mit 4 = 33,3% Todesfällen und 5 Operationen bei calculöser Anurie mit 2 = 40,0% Todesfällen. 29 ideale Nephrolithotomien wiesen nur 1 Todesfall auf; 13 konservative Operationen bei schwer inficirten Steinnieren 5 und 15 primäre Nephrektomien bei schwer inficirten Steinnieren 2 Todesfälle.

Kapitel 12. Anurien und Oligurien. I. bespricht zunächst nochmals kurz die calculöse Anurie: »Unter den möglichen operativen Verfahren ist das einzig sichere die Eröffnung der zuletzt occludirten Niere mittels des Sektionsschnittes«; weiterhin die Anurie bei diffuser Nephritis, die Anurie bei aufsteigender Pyelonephritis, bei doppelseitigem und einseitigem nicht calculösem Harnleiterverschluss, so wie endlich die verschiedenen Formen der reflektorischen Anurie. I. hat durch einen früheren Schüler, Dr. Götzl, Experimente anstellen lassen, durch die über jeden Zweifel festgestellt wird, dass

Drucksteigerung in der einen Niere Sekretionshemmung der anderen zu bewirken vermag.

Kapitel 13. Über renale Hämaturien, Nephralgien und Koliken bei scheinbar unveränderten Nieren. Die wesentlichsten neuen Erfahrungen, die I. aus 14 hierher gehörigen Operationsfällen gesammelt hat, stellt er in folgenden Sätzen zusammen: Es giebt einseitige Nephriten. Nephriten können mit renalen Schmerzanfällen einhergehen, die völlig den Nierenkoliken bei Abflusshindernissen gleichen. Bei rein einseitigen Schmerzen und Koliken können doppelseitige Nephriten von gleicher Stärke gefunden werden. Es giebt bei Nephriten Schmerzirradiationen auf die Blase und die Harnröhre. Bei schweren Nephriten können im Harn dauernd Eiweiß und Cylinder fehlen. Trotz großen Reichthums an hyalinen, gekörnten und epithelialen Cylindern kann der Urin eiweißfrei sein. Es giebt Nephriten mit anfallsweise auftretenden oder andauernden profusen Massenblutungen, die sich hinsichtlich Stärke und Dauer, der Launenhaftigkeit ihres Auftretens, der Beschränkung auf einzelne Miktionen nicht von Hämaturien bei malignen Tumoren unterscheiden lassen. Nephritische Blutungen können mit oder ohne Koliken eintreten und verlaufen. Blutung ist nie die Ursache der Kolik. Beide Erscheinungen sind Folgezustände der Nierenkongestion. Eine große Zahl der bisher als Nephralgie, Néphralgie hématurique, angioneurotische Nierenblutung bezeichneten Krankenbilder sind auf nephritische Processe zu beziehen. Die Incision der Niere beinflusst in vielen Fällen die Krankheitserscheinungen günstig. Die Nierenwunde sollte nicht durch die Naht verschlossen werden.

Kapitel 14. Bösartige Tumoren der Niere, des Nierenbeckens, der Nebenniere und pararenale Geschwülste. Wegen bösartiger Geschwülste des Nierenparenchyms wurden 43 Kranke operirt. Die direkte operative Sterblichkeit betrug 18,6% (5 Operirte starben an Herzparalyse!). Für das Fernresultat kommen 29 Kranke in Betracht. Von diesen sind 7 abzuziehen, die theils der Operation erlegen sind, theils nach weniger als 3 Jahren frei von Recidiv an interkurrenten Krankheiten gestorben sind. Von den übrigbleibenden 22 sind 14 an Recidiven zu Grunde gegangen, 8 = 36,3% sind 3 Jahre 5 Monate bis 14 Jahre geheilt geblieben. Geschwülste des Nierenbeckens und des Harnleiters kamen 2, Neubildungen der Nebennieren und pararenale embryonale Geschwülste 4 zur Operation.

Kapitel 15. Polycystische Nierendegeneration der Erwachsenen. Mittheilung von 4 an Lebenden richtig diagnosticirten Fällen. Der Werth einer präcisen Diagnose liegt in der Warnung vor einem unnöthigen und schädlichen operativen Eingriffe. Hat man sich aber über die Natur der Geschwulst getäuscht und ihre polycystische Beschaffenheit erst nach ihrer Freilegung erkannt, so muss auf eine weitere Fortführung der Operation verzichtet werden.

Kapitel 16. Krankheiten des Ureters. Dieser Abschnitt enthält 7 ausführliche Operationsgeschichten (Verletzungen des Harn-

leiters und Harnleiterfisteln; Ureteritis; Strikturen des Harnleiters; Harnleitersteine).

Kapitel 17. Die Entzündungen der Nierenfettkapsel (Perinephritis s. Paranephritis s. Epinephritis). I. versteht unter Perinephritis die Entzündung der die Niere unmittelbar bekleidenden membranösen fibrösen Kapsel; unter Paranephritis entzündliche Affektionen der Massa adiposa retroperitonealis; unter Epinephritis die Entzündung der Nierenfettkapsel. Neben den specifischen Entzündungen des Nierenfettes, nämlich der tuberkulösen, syphilitischen und aktinomykotischen Epinephritis, unterscheidet I. die fibrös-sklerotische, die lipomatöse und phlegmonöse Epinephritis. Praktisch am wichtigsten ist die letztgenannte Form, von der I. 45 Fälle operirt hat. Der oberste Grundsatz der Behandlung ist die frühzeitigste Eröffnung, sobald ein begründeter Verdacht auf Eiterung vorliegt. Findet man dabei die Niere in einem Zustande eitriger Zerstörung, dass ihre Entfernung unabweisbar ist, so steht nichts im Wege, bei genügendem Kräftezustande des Pat. die subkapsuläre Nephrektomie sofort anzuschließen; besonders leicht wird man sich zu diesem Eingriffe entschließen, wenn ohne ihn kein freier Abfluss einer oberhalb oder median von der kranken Niere befindlichen epinephritischen Eiteransammlung zu erreichen ist. Dagegen ist es im Allgemeinen nicht rathsam, größere konservative Eingriffe, wie Nephrotomie, Nephrolithotomie, zugleich mit der Eröffnung einer epinephritischen Phlegmone vorzunehmen, weil eine Verwundung der Niere im Bereiche der inficirten Umgebung nicht ohne Gefahr ist.

Dem von der Hirschwald'schen Verlagsbuchhandlung vorzüglich ausgestatteten Werke sind 15 Tafeln mit Abbildungen beigegeben.

P. Wagner (Leipzig).

---

11) **M. P. Bazy.** Du réflexe-urétéro-vésical etc.

(Presse méd. 1901. No. 32.)

B. geht davon aus, dass es oft schwierig ist zu unterscheiden, ob es sich um eine Blasen- oder um eine Nierenaffektion handle, ob die letztere beiderseitig, rechts- oder linksseitig sei. Da die bekannten Methoden oft quälend und schwierig seien, giebt er einige andere Fingerzeige an.

1) In manchen Fällen entsteht bei bimanueller Palpation der erkrankten Niere ein schmerzhafter Urindrang. B. hält dies allerdings seltene Symptom für ein sicheres Zeichen der Erkrankung des Nierenbeckens.

2) Es entsteht derselbe Reflex, wenn man von Blase oder Mastdarm aus die Mündung des zur erkrankten Niere gehörigen Harnleiters mit dem Finger tastet. (Beim Weibe leichter auszulösen wie beim Manne.) Handelt es sich nur um Cystitis, so bleibt dieser schmerzhafte Reflex aus, und nur der Blasenhals ist schmerzhaft.

3) Setzt man eiterhaltigem Urin tropfenweise Fehling'sche Lösung zu, bis der Urin blassblau oder blassgrün gefärbt ist, so ent-

steht beim Schütteln Bildung von kleinen Gasblasen, wenn es sich um renalen Eiter handelt. Die Gasblasen entwickeln sich nicht, wenn es sich um cystitischen Eiter handelt. Erwärmt man nun, so steigt bei renalem Eiter ein Coagulum in die Höhe, in Folge der Gasbeimischung. Bei cystitischem Eiter fällt das Coagulum zu Boden.

Bertelsmann (Hamburg).

---

12) **L. Pork.** Beitrag zur Kenntnis der Nierenkapselgeschwülste.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 4.)

Die Nierenkapselgeschwülste gehören hinsichtlich ihrer Textur der Gruppe der Bindegewebsgeschwülste zu. Sie sind theils reine Formen, Fibrome, Lipome, Myxome, Sarkome, theils Mischformen, wie aus der vom Verf. gegebenen Zusammenstellung der Litteratur ersichtlich ist, aus welcher er 22 Fälle sammeln konnte, zu denen er selbst noch 2 neue Beobachtungen hinzufügt.

In sehr vielen Fällen hatte die Geschwulst die Niere umwachsen, so dass man sie mit zu exstirpiren genöthigt war. Hier und da wurde auch unabsichtlich der Harnleiter unterbunden oder die Niere mit der Geschwulst exstirpirt. Bei allen Pat. war die entfernte Niere von normaler Struktur und Funktionsfähigkeit. Einmal wurde eine partielle Nierenresektion nothwendig. Jedenfalls soll man nach Verf. Ansicht von vornherein nicht principiell ein so lebenswichtiges Organ wie die Niere bei den Kapselgeschwülsten mit entfernen. Einige Fälle, darunter ein von B. selbst veröffentlichter, beweisen, dass auch unter schwierigen Verhältnissen mit Geduld die Ausschälung möglich ist.

Der primäre Sitz dieser Geschwulst sind die Nierenhüllen, die Capsula fibrosa, theils mehr das die ganze Niere umgebende Fettpolster. Die Wachsthumsrichtung ist meist eine typische.

Die klinischen Symptome sind keine besonders charakteristischen. Erst die Größe und das Gewicht der Geschwülste machen sie durch die Raumbeengung der Nachbarorgane und Druckbeschwerden bemerklich. Durch Druck auf die Vena cava inferior kann Ödem der unteren Extremitäten hervorgerufen werden, durch Verlegung des Darmkanales chronische Verstopfung. Die Diagnose wurde bei den publicirten Fällen nicht gestellt. Meist finden Verwechslungen mit cystischen Geschwülsten der Leibeshöhle statt.

Die Prognose der beschriebenen Geschwülste ist trotz der eingreifenden Operation eine gute. Als Operationsmethode kommt bei den sehr großen Geschwülsten die Laparotomie, weniger der Extraperitonealschnitt in Betracht.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

13) **H. W. Bennet.** A clinical lecture on some points relating to varicocele.

(Brit. med. journ. 1901. März 2.)

B. weist zunächst darauf hin, dass die Varicocele nicht als ein harmloses Leiden betrachtet werden darf, indem sie vielfach dem

Träger derselben das Leben verbittert und ihn zum ausgesprochenen Hypochonder macht. Namentlich finden sich solche Depressionszustände bei intelligenten Individuen der niederen Volksklassen, welche sich von ihren Standesgenossen zurückhalten und in der Einsamkeit über ihr Leiden nachbrüten. Weniger intelligente Menschen neigen seltener zu solchen Störungen, da sie weniger an ihr Leiden denken.

Was die Häufigkeit der Varicocele angeht, so schätzt B., dass ca. 7% aller männlichen Individuen davon befallen sind. Bei 80% der Befallenen ist dieselbe linksseitig, bei 15% doppelseitig, die rechtsseitige Varicocele ist sehr selten. B. unterscheidet 2 Hauptformen. Bei der einen finden sich lediglich große weite Venenstämme; es ist diejenige Form, für welche der Vergleich mit einem Bündel Würmer zutrifft. Wenn kein Trauma hinzutritt, verursacht diese Art wenig Beschwerden. Bei der zweiten Form ist die Zahl der Venen abnorm groß, die Lichtung der einzelnen Gefäße ist nicht sonderlich erweitert. Diese Art ist meist mit einer Atrophie des Hodens verknüpft, eine Erscheinung, welche bei der ersten nur selten zur Beobachtung gelangt.

Die Hauptaufgabe der Therapie erblickt B. darin, gegen die psychische Depression anzukämpfen. Er hält es desshalb für das Beste, den Kranken in ganz andere Lebensverhältnisse zu bringen, eine Forderung, welche sich allerdings meist nicht erfüllen lässt. Die Frage nach der operativen Behandlung richtet sich vor Allem nach dem Grade von Vertrauen, welches der Kranke der Behandlung entgegenbringt. In ca. 60% der Fälle wird Heilung von den vorhandenen Beschwerden erzielt; bei 40% ist der Erfolg negativ. 2mal hat B. auf Drängen der Kranken sich entschlossen, den Hoden der erkrankten Seite zu entfernen, indessen ohne Erfolg.

Die Operation gestaltet sich bei B. so, dass er von einem kleinen über dem äußeren Leistenringe gelegenen Hautschnitt aus die ganze Masse des Samenstranges mit Ausnahme des Vas deferens vorzieht. Das proximale Ende wird unterbunden. Dann wird der Samenstrang so weit frei gemacht, bis die Epididymis zum Vorscheine kommt, und hier ebenfalls eine Ligatur angelegt. Das zwischen den Ligaturen gelegene Stück wird resecirt; die Stümpfe werden durch Naht vereinigt.

B. unterbindet also auch die Arteria spermatica. Irgend welche Nachtheile, wie Atrophie oder Gangrän des Hodens, hat er bei seinen Operationen nicht davon gesehen. B. ist vielmehr der Ansicht, dass die Unterbindung der Arterie von Vortheil sei, da bei Unterbindung der Venen die Cirkulation in Folge Behinderung des Abflusses mehr gefährlich sei. Die das Vas deferens begleitenden Gefäße seien für die Ernährung des Hodens ausreichend. Die Unterbindung der Venen allein hält B. für viel gefährlicher. Gerade hierbei will er verschiedentlich eine fettige Degeneration des Hodens beobachtet haben.

Weiss (Düsseldorf).

---

14) **Woskressenski.** Zur Frage der chirurgischen Behandlung der Tuberkulose der männlichen Geschlechtsorgane.

(Chirurgia Bd. VI. p. 602. [Russisch.])

W. spricht in Anlass eines einschlägigen Falles gegen partielle Operationen bei Hodentuberkulose und redet das Wort einer möglichst radikalen Entfernung jedes tuberkulösen Herdes der Geschlechtsorgane nach offener Freilegung des Operationsgebietes an Samenblase etc. **Egbert Braatz** (Königsberg i/Pr.).

---

15) **C. Beck.** A new method of colpoplasty in a case of entire absence of the vagina.

(Annals of surg. 1900. Oktober.)

Eine jung verheirathete Dame, der Scheide, Uterus nebst Adnexen vollständig fehlte, ersuchte Verf., ihr unter Zustimmung des Gatten eine Scheide zu schaffen. Die Operation wurde folgendermaßen ausgeführt: Querschnitt oberhalb der Symphyse, stumpfes Vordringen in das prävesicale Fettgewebe (die mit Borsäurelösung gefüllte Blase diente als Wegweiser), vorsichtiges Loslösen des Bauchfelles von der hinteren Blasenwand. Sobald eine auf diesem Wege nach der Vulva zu dirigirte Sonde von außen getastet werden konnte, erfolgte Einschneiden auf den Sondenknopfe seitlich von der Harnröhrenöffnung. Sorgfältiges weiteres Erweitern des Bindegewebes zwischen Blase und Mastdarm, bis eine große Pincette eingeführt werden konnte. Jetzt wurden an beiden Oberschenkeln 2 lange schmale Hautlappen, deren Basis die Labien bildeten, umschnitten, genügend groß, um in den neugebildeten Kanal gezogen und über der Symphyse fixirt werden zu können. Schluss des Bauchdeckenschnittes. Die Hautlappen wurden so gelegt, dass ihre Wundflächen auf die des neu angelegten Kanals zu liegen kamen. Ein Jodoformgazetampon diente zur Fixirung und Offenhalten der neuen Vagina. Dieselbe funktionirte — ein Jahr später — zur beiderseitigen Zufriedenheit. **O. Müller** (Hirschberg i/Schl.).

---

16) **M. Handfield-Jones.** A clinical lecture on diagnosis in cancer of the womb.

(Brit. med. journ. 1901. Januar 19.)

H.-J. theilt eine Reihe von einschlägigen Fällen mit und kommt auf Grund derselben zu folgenden Schlüssen:

1) Der Krebsentwicklung innerhalb des Gebärmutterkörpers geht ein Stadium einer gutartigen Adenombildung voraus.

2) Auf die mikroskopische Untersuchung ausgeschabter Gewebspartikel ist im ersten Entwicklungsstadium der Geschwulst nicht viel Werth zu legen; sicherer ist die Untersuchung, wenn die Geschwulstbildung schon weiter vorgeschritten ist.

3) Auf die klinischen Anzeichen ist mehr Gewicht zu legen als auf die mikroskopische Untersuchung. (Die wichtigsten Zeichen sind eine stetige Vergrößerung der Gebärmutter, so wie das Wiederauftreten einer Blutung nach einer sorgfältigen Auskratzung.)

4) Der Grad der Bösartigkeit des Corpuscarcinoms ist ein sehr wechselnder. Die Erkrankung kann einen sehr schleichenden Verlauf nehmen.

5) Eine rapide Vergrößerung des Uterus bildet den sichersten Wegweiser hinsichtlich der Indikationsstellung zur Operation.

Weiss (Düsseldorf).

Kleinere Mittheilungen.

Zur chirurgischen Behandlung der chronischen Colitis.

Von

Dr. **Lympius,**

dirig. Arzt des Diakonissen-Krankenhauses zu Kaiserswerth.

In Band XXVI Hft. 3 der Beiträge zur klin. Chirurgie hat Lindner über 2 chirurgisch behandelte Fälle chronischer Colitis berichtet; bei dem 1. Falle wurde ohne Erfolg eine Kolostomie des Colon ascendens angelegt, bei dem 2. wurde das Ileum in das Colon transversum implantirt und dieses mit der Flexura sigmoidea vereinigt, worauf allmählich völlige Heilung des Leidens eintrat.

Ich hatte vor Kurzem Gelegenheit, bei dem gleichen Leiden in ähnlicher Weise vorzugehen.

Es handelte sich um eine 32jährige Kranke, die mehrfach Anfälle von subakutem Gelenkrheumatismus überstanden hatte, sonst im Ganzen gesund gewesen war. Seit Oktober 1899 Schmerzen im Leibe, besonders links vom Nabel, welche nachließen, nachdem sich aus dem Nabel angeblich viel Eiter entleert hatte. Die Fistel soll sich dann geschlossen, aber von Zeit zu Zeit wieder geöffnet und nur wenig Sekret entleert haben. Es konnte damals in dem sehr stark gefalteten Nabel eine ganz enge, für eine feine Sonde nicht durchgängige Fistel konstatirt werden, die nur wenig nicht fäkulent riechende Flüssigkeit absonderte.

Am 6. September wurde der Nabel excidirt, wobei sich der Nabelring nicht ganz geschlossen, aber keine Fortsetzung der Fistel nach der Bauchhöhle nach irgend einer Richtung fand. Nach der reaktionslosen Heilung waren die früheren Beschwerden, wohl in Folge der längeren Ruhe, anfänglich gebessert, traten aber Ende November wieder stärker auf als Schmerzen in der Gegend der rechten und linken Colonflexur und der Gallenblase; dabei im Stuhle reichlich Schleim und Fetzen.

Daher Wiederaufnahme am 31. December.

Bei der mäßig gut genährten, etwas anämisch und elend aussehenden Pat. bestand spontan, so wie in stärkerem Maße bei Druck große Empfindlichkeit an den angegebenen Stellen, dabei Übelkeit, Appetit- und Schlaflosigkeit. Im Stuhle, der meist nur nach Einlauf erfolgte, ziemlich reichlich Eiter und Schleim.

Da eine Regelung der Diät (vegetabilische Kost), Darmeingießungen und medikamentöse Behandlung ganz ohne Einfluss auf den Krankheitsprocess blieben, die Schmerzen vielmehr zunahmen und die Pat. elender wurde, entschloss sich dieselbe zu einem 2. Eingriffe.

Am 21. März Köliotomie in der Linea alba unter Morphium-Atropin-Äthernarkose: Mäßige Ektasie des Magens in Folge von Adhäsionen zwischen Pylorus und Gallenblase, die zwischen Ligaturen durchtrennt werden. Der Dickdarm, dessen Serosa glatt ist, ist auffallend eng kontrahirt; im Mesocolon mehrfach radiär verlaufende, weißliche, narbige Stränge, wodurch dasselbe verkürzt erscheint.

Das Ileum wird dicht an der Klappe durchtrennt, der periphere Theil eingestülpt und vernäht, der centrale seitlich mit Murphyknopf — da es mir bei der geschwächten Person auf eine möglichst schnelle Beendigung der Operation ankam — in die Flexura sigmoidea implantirt. Etagennaht der Bauchdecken.

Reaktionslose, glatte Heilung. Am 30. März wird der Knopf entleert. Seitdem ist Pat. völlig frei von Beschwerden und erholt sich allmählich völlig, so dass sie am 4. Mai entlassen werden konnte und erklärte, sie habe sich lange nicht so wohl gefühlt wie jetzt. Stuhlgang täglich 1—2mal ohne Nachhilfe. Auffallend war es, dass der Stuhl nicht, wie man nach der Ausschaltung des ganzen Dickdarmes hätte erwarten sollen, dünnflüssig oder breiig, sondern konsistent war.

Dieser in Kürze mitgetheilte Fall beweist, dass die Ausschaltung des ganzen Colon nicht nur keine nachtheiligen Folgen für den Organismus bringt, sondern vielmehr bei chronischen Katarrhen desselben, die jeder Therapie trotzen, zu vollständiger Heilung führen kann.

---

17) **H. Kehr.** Wie groß ist heute die Mortalität nach Gallensteinoperationen?

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 23.)

Zur Beantwortung obiger Frage zieht K. in erster Linie die in Folge seiner reichen Erfahrungen und Übung mit besonderer Sicherheit und mit vorzüglicher Technik ausgeführten 100 Gallensteinoperationen des letzten Jahres heran, die sich aus 215 verschiedenen Einzeleingriffen zusammensetzen. Sie vertheilen sich auf 75 Frauen (6 †) und 25 Männer (10 †) und stellten nach Abrechnung der in den einzelnen Fällen noch vorgenommenen untergeordneteren Eingriffe 13 Cystostomien (0 †), 19 Cystektomien (0 †), 28 Choledochotomien resp. Hepaticusdrainagen und 40 Gallensteinoperationen mit Eingriffen am Magen, Darme, Pankreas und Komplikationen, wie Carcinom, Sepsis in Folge eitriger Cholangitis und Peritonitis (15 †) dar. Nur in einem einzigen Falle ist Sepsis als Folge der Operation die Todesursache gewesen; in einem anderen war der tödliche Ausgang durch eine Pneumonie veranlasst, während von den übrigen Pat. 12 wegen der erwähnten Komplikationen unter allen Umständen dem Tode verfallen waren. So ist also bei K.'s Fällen die Sterblichkeit nach der Gallensteinoperation als solcher sehr gering (1,7%) gewesen und im Vergleiche zu der früheren — im Ganzen 429 Operationen K.'s mit 3,7% Sterblichkeit — im letzten Jahre noch geringer geworden.

Kramer (Glogau).

18) **F. Krumm** (Karlsruhe). Zur Frage der Cholecysto-Gastrostomie.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 21.)

K. hat in einem Falle von Verschluss des Ductus choledochus — durch eine Neubildung des Pankreaskopfes — mit Ektasie der Gallenblase, da die Herstellung einer Anastomose zwischen letzterer und Duodenum nicht möglich war, eine Gallenblasen-Magenfistel angelegt und dadurch den Pat. von seinen lästigen Beschwerden für den Rest seines Lebens befreit. Irgend welche, durch die Einleitung der Galle in den Magen bedingte Störungen seitens des letzteren blieben aus.

Kramer (Glogau).

19) **J. Dwyer.** Blastomycetic dermatitis and its relations to yaws.

(Journ. of cutan. and genito-urin. diseases Bd. XIX. Hft. 1.)

D. beschreibt einen Fall, in welchem pathogene Hefepilze auf der Stirn, der Wange, den Handrücken zu markstückgroßen, warzigen, aus zahlreichen Öffnungen reichlich Eiter absondernden Wucherungen führten. Gilchrist, welcher die erste klassische Darstellung von Blastomykose beim Menschen geliefert hat, bestätigte nach histologischer und kultureller Prüfung D.'s Diagnose. Da der vorliegende Fall in seinen Anfangserscheinungen denen von Yaws glich — unter Yaws ist eine in gewissen tropischen Gegenden bei Farbigen endemisch auftretende polypapilläre Haut- und Schleimhautwucherung zu verstehen, von der noch nicht feststeht, ob sie als eigenartige Krankheit oder nur als Erscheinungs-

form von Syphilis aufzufassen ist —, bespricht D. ausführlich die Möglichkeit, dass Blastomykose und Yaws als identisch aufzufassen wären.

Bemerkenswerth ist, dass unter Jodkaligebrauch und Hg-Pflasteranwendung Abheilung mit Narbenbildung schnell eintrat. **Chotzen** (Breslau).

20) **Montgomery-Ricketts.** Three cases of blastomycetic infection of the skin.

(Journ. of cutan. and genito-urin. diseases Bd. XIX. Hft. 1.)

Bei einem 45jährigen Manne, welcher berufsmäßig mit Getreide hantirte und die Gewohnheit hatte, Getreidekörner zu kauen, entwickelte sich im Laufe eines Jahres aus anfänglichen Einrissen ein Knötchen und aus diesem eine markstückgroße, papilläre Geschwulst. Dieselbe musste, da Jodkali selbst in hohen Dosen — 15 g pro die — sie wenig veränderte, ausgeschnitten werden. Aus der Geschwulst ließ sich ein dem Gilchrist'schen gleicher Sporenpilz züchten. In Schnittpräparaten der Geschwulst ist dieser Pilz nicht nachzuweisen gewesen, vermuthlich weil die Sporen im Gewebe eine körnigem Detritus ähnliche Form zeigen und sich von ihm nicht unterscheiden lassen. Partikelchen der Geschwulst, auf Meerschweinchen geimpft, erzeugten einen Abscess, aus welchem Reinkulturen des Pilzes zu züchten waren. Beachtenswerth ist die Angabe des Pat., dass von Getreide, welches er vor einem Jahre geerntet hat, ein Theil während des Lagerns in »trockene Fäule« überging, und dass Pferde und Rinder, welche auf dem Acker liegen gelassene Reste jenes Getreides gefressen hatten, kurz nach dem Genusse gestorben wären.

Fall 2. Bei einem Zimmermanne entstand auf dem Handrücken im Anschlusse an eine Verletzung eine warzenartige Wucherung, deren Aussehen einer Tuberculosis verrucosa cutis oder einem papillären Epitheliom glich. Nach einem Jahre heilte die Wucherung auf dem Handrücken ab. Kurz vor ihrem Abheilen entstand nach einer Verletzung beim Rasiren eine gleichartige Geschwulst am Kinne, welche sich allmählich, innerhalb 18 Monaten über die ganze linke Gesichtshälfte ausdehnte. Im Eiter und Gewebe waren Blastomyceten nachzuweisen.

Fall 3. Im Verlaufe von 7 Jahren entwickelte sich bei einem Zimmermanne auf der rechten Schulter aus einer kleinen Blatter eine handflächengroße verruköse Geschwulst, bei deren histologischer Untersuchung Hefepilze, stellenweise in Riesenzellen eingeschlossen, gefunden wurden. Bei der Sektion wurde Miliartuberkulose festgestellt. **Chotzen** (Breslau).

21) **Hyde and Ricketts.** A report of two cases of blastomykosis of the skin in man with a survey of the litterature of human blastomykosis.

(Journ. of cutan. and genito-urin. diseases Bd. XIX. Hft. 1.)

An die Mittheilung von 2 Fällen von Blastomykose, welche sich im Verlaufe von 2 Jahren zu ausgedehnten Granulationsgeschwülsten entwickelt haben, besprechen H. und R. die im Laufe von 6 Jahren bisher veröffentlichten 17 Fälle dieser Erkrankung. Für die differentielle Diagnose kommen in Betracht: Lues, wo Jodkali völlige Heilung herbeiführt, und Tuberculosis verrucosa cutis, welche selten multipel auftritt und selten das Gesicht, die Prädilektionsstelle der Blastomykose, befällt. Der Hefepilz wird wahrscheinlich zuerst in die Haut der Hand oder des Gesichtes eingerieben und von hier aus durch Kratzen auf andere Körperstellen übertragen. 1%ige Jodkaliumlösung, Hefepilzkulturen zugesetzt, hemmt deren Wachsthum; auch bei der menschlichen Blastomykose gehen die Geschwülste auf Jodkalibehandlung etwas zurück, ohne jedoch völlige Abheilung zu Stande zu bringen. Bei Hauttuberkulose erweist sich Jodkali als völlig wirkungslos.

Chotzen (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 31. Sonnabend, den 3. August. 1901.

Zur Exstirpation des Wurmfortsatzes im freien Intervall.

Von

Dr. **Max Jaffé** in Posen,

Oberarzt am städt. Krankenhause und am Krankenhause der jüdischen Gemeinde.

Mit Recht wird in verschiedenen Aufsätzen der letzten Nummern dieses Blattes auf die Schwierigkeiten wieder hingewiesen, welche unter Umständen die Entfernung des Wurmfortsatzes auch im freien Intervall mit sich bringen kann. In den meisten Fällen giebt allerdings die vordere Tänie einen ausgezeichneten Leitfaden zur Auffindung der Appendix (No. 27 d. Bl.) — diese Angabe ist, so viel ich weiß, zuerst von Körte gemacht. Aber auch dieses Hilfsmittel kann versagen; und auch die sonst vorzügliche Beckenhochlagerung (No. 28 d. Bl.) kann uns im Stiche lassen.

Heute möchte ich bloß mit wenigen Worten die Frage berühren, ob nicht gewisse Grenzen gezogen sind für die Appendicektomie im anfallsfreien Stadium, und ob wir nicht gut daran thun, unter bestimmten Umständen von derselben abzustehen und einen anderen Weg einzuschlagen.

Es ist genügend oft dargestellt worden, welche verschiedenen Lagen der Wurmfortsatz einnehmen kann. Eine allerdings selten vorkommende Situation ist die Anschmiegung seiner einen Längs-

seite an die Längsseite des Coecum. Bildet sich nun in dieser Wand des Wurmfortsatzes ein Geschwür, so entstehen unter dem Einflusse des von demselben ausgehenden Reizes schneller oder langsamer Verwachsungen zwischen Appendix und Coecum; und nun bricht bei weiterem Fortschreiten das Appendixgeschwür direkt in den Blinddarm durch; ist es vorher zu einem Abscess in der Darmwand gekommen, so entleert sich auch dieser in das Coecum. Peritoneale Processe, welche für uns sonst zu dem Pathognomischen in dem Krankheitsbilde einer Perityphlitis gehören, spielen unter den soeben geschilderten Bedingungen eine relativ geringe Rolle. Während so der Krankheitsprocess rasch beendet sein kann, kommt es bisweilen zu weiteren Störungen. An die Ulceration und die Perforation schließen sich chronisch entzündliche Processe, hauptsächlich der Darmschleimhaut. Es kommt zu Wucherungen, Infiltraten und Narben zumal in der Nähe der Bauhin'schen Klappe, genau in der nämlichen Weise, wie dies uns schon bekannt ist bei Ulcerationen in der Nähe anderer Darmostien. Hervorgehoben muss werden, dass weder Tuberkulose, noch Aktinomykose, noch Lues nöthig sind, um solche chronisch entzündlichen Processe zu unterhalten; vielmehr genügen die gewöhnlichen Eitererreger vollkommen zur Produktion des genannten Bildes. Als weiterer Folgezustand kann sich eine Darmstenose entwickeln, naturgemäß am ersten an dem dazu prädisponirten Darmabschnitte an der Valvula Bauhini.

Suchen solche Kranke unseren Rath, so konstatiren wir Tumor in der Coecalgegend, Schmerzen und Zeichen erschwerter Darmpassage. Das letztere Symptom braucht uns, da es auch sonst vielfach aus anderen Gründen in den verschiedenen Stadien der Perityphlitis vorkommt, von der Diagnose Appendicitis nicht abzuhalten. Aber besonders bei älteren Leuten darf man bei solchem Symptomenkomplex mit gutem Rechte auch an einen malignen Darmtumor denken. Unter dieser Diagnose habe ich einer älteren Frau eine Darmresektion nach der für Dickdarmresektionen ausgezeichneten zweizeitigen v. Mikulicz'schen Methode gemacht, und erst am resecirten Darmstücke habe ich schließlich wahrnehmen müssen, dass, wie durch die mikroskopische Untersuchung später bestätigt wurde, kein Tumor im engeren Sinne des Wortes bestand; vielmehr handelte es sich um eine chronisch entzündliche Darmgeschwulst, ausgehend von einer Perforation der Appendix in das Coecum; keine Tuberkulose, keine Aktinomykose. Aber durch Appendixresektion wäre der Fall nie zu operiren gewesen. Wie man auch nachher am Präparate es anstellen wollte, um die Appendix abzulösen, immer fiel man sofort in das Coecum. Wurmfortsatz und Coecum bildeten ein unzertrennbares, schwer zu deutendes Ganzes; Wucherungen, besonders der Schleimhaut, und Narben wechselten; an der Valvula Bauhini bestand als Folge dieser Processe eine Stenose. Einen sehr ähnlichen Fall operirte ich unter richtiger Diagnose bei einem jungen Individuum, resecirte, und beide Fälle genasen.

Allerdings nahmen beide Heilungen einen sehr protrahirten Verlauf; Darmfisteln bestanden sehr lange, und diese lange Heilungsdauer brachte es zu Wege, dass, als ich bei einem jungen Mädchen vor kurzer Zeit auf ähnliche Verhältnisse stieß, ich es trotz der schon gemachten Erfahrungen durchsetzen wollte, die Appendix zu finden. Aber es war falsch, diese Versuche fortzusetzen, denn sie gelangen nicht und konnten auch, wie das Präparat später gelehrt hat, unmöglich gelingen. Es kam zur unbeabsichtigten Eröffnung des Coecums, und ich sah mich veranlasst, wegen einer hochgradigen Stenose an der Valvula Bauhini (entsprechend der Anamnese, in welcher Darmpassagestörungen eine große Rolle gespielt hatten) eine Enteroanastomose hinzuzufügen. Die Pat. starb an Sepsis, welche eine Folge der ziemlich unvermuthet geschehenen Eröffnung des gefüllten Blinddarmes war. An dem durch die Autopsie gewonnenen Präparate war trotz eifrigsten Suchens der Wurmfortsatz nicht zu konstruiren. Nicht einmal der Eingang zu einem solchen vom Coecum aus war bei exaktestem Nachsehen zu erforschen. Ulcerationen, überaus starke Schleimhautwucherungen und stark stenosirende Narben machten jede Deutung unmöglich. Keine Tuberkulose, keine Aktinomykose.

Die Fälle sollen lehren, dass bei gewissen Formen von Appendicitis, zu welchen eine bestimmte Lage der Appendix prädisponirt, von einer Exstirpation derselben im freien Intervall, auch bei größter Beherrschung der Technik, keine Rede sein kann. Es darf hervorgehoben werden, dass diese Fälle von vornherein leicht erscheinen können; denn sie gehen — so scheint es mir wenigstens — mit geringen peritonealen Krankheitserscheinungen einher, entsprechend der oben gegebenen Darstellung der frühzeitigen Perforation des Geschwürs in das Coecum. Hingegen treten Störungen der Darmpassage in den späteren Stadien der Krankheit hervor. Statt vergeblichen Suchens nach der Appendix ist in solchen Fällen die Darmresektion, event. auch, bei vorwiegenden Stenosensymptomen, die Enteroanastomose das richtige Verfahren.

---

1) **Gottstein.** Technik und Klinik der Ösophagoskopie.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VI. Hft. 4 u. 5.)

H. giebt im vorliegenden ersten Theile einer großen, zusammenfassenden Arbeit über obiges Thema zunächst das Allgemeine über die Ösophagoskopie. Im geschichtlichen Rückblicke weist er zunächst nach, wie nach unvollkommenen früheren Ansätzen die praktisch anwendbare Ösophagoskopie erst 1880 damit begann, dass v. Mikulicz zeigte, dass man sehr gut mit einem geraden, starren Rohre die Speiseröhre direkt besichtigen könne, dass man der umständlichen indirekten Besichtigung auf dem gekrümmten Wege entrathen könne. Sodann beschreibt G. das Instrumentarium, wie es jetzt ausgebildet ist; es weicht nur in Unwesentlichem von dem ursprünglichen v. Mikulicz'schen ab. Ausführlich werden dann dargestellt die Vor-

bereitung des zu untersuchenden Kranken, die Technik der Einführung, die Hindernisse dabei und die Kontraindikationen der Ösophagoskopie, ihre Gefahren. Bezüglich der Grenzen der Anwendbarkeit sei hervorgehoben, dass nach den Erfahrungen der letzten Jahre an der v. Mikulicz'schen Klinik es unter 100 Fällen nur 6mal völlig misslang, das gerade Rohr einzuführen. In 2 dieser Fälle kam man aber noch mit dem Kelling'schen Instrumente zum Ziele, welches gegliedert ist und erst nach der Einführung gestreckt wird.

Es wird sodann das Verhalten der normalen Speiseröhre im ösophagoskopischen Bilde geschildert und besonders hervorgehoben, wie manche anatomische Vorstellungen durch die Untersuchung des lebenden Menschen zu korrigiren sind. So ist die Speiseröhre vom Jugulum bis zur Cardia nicht ein zusammengeklapptes, sondern ein offenes, lufthaltiges Rohr; die Schleimhaut ist glatt, liegt nicht in Längsfalten, der Verlauf ist ein fast gerader, die Krümmungen, wie sie in anatomischen Werken dargestellt sind, sind postmortale Veränderungen. Zum Schlusse werden in einem Anhange die verschiedenen Angaben der Anatomen über die Lage der Cardia zusammengestellt; danach wird dieselbe am häufigsten in die Höhe des 9. bis 11. Brustwirbels verlegt. **Haeckel** (Stettin).

---

2) **Mühsam.** Experimentelles zur Frage der Antiperistaltik.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. VI. Hft. 3.)

Weitere Ausführung eines in der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins gehaltenen Vortrages, welcher in diesem Centralblatt 1900 p. 279 referirt ist. **Haeckel** (Stettin).

---

3) **Klemm.** Über die Ätiologie der akuten Erkrankung des Processus vermiformis.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1901. No. 21.)

K. giebt in einem kurzen Aufsatze die Resultate seiner Untersuchungen über Entstehung der Appendicitis. Der Wurmfortsatz ist, wie die Mandeln, im jugendlichen Alter ein exquisit lymphatisches Organ, das im jugendlichen Körper als Schutzorgan gegen Infektionen dient, eben so wie der lymphatische Schlundring das Einbrechen der Mikroben in den Körper verhindert. Mit vorrückendem Alter wird der Körper immuner gegen die Infektion mit Eitererregern, daher ist dann die lymphatische Substanz nicht mehr nöthig, sie geht regressive Veränderungen ein; so erklärt sich die Rückbildung der Appendix jenseits der 40er Jahre.

K. fand konstant auf den Follikeln des Wurmfortsatzes das Bacterium coli; durch centrifugal gerichtete Leukocytenströme wird das Bacterium coli verhindert, im Wurmfortsatze infektiös zu wirken. Tritt aber unter Umständen, die uns noch nicht näher bekannt sind, eine Störung darin ein, so tritt die Infektion ein. So ist die Appen-

dicitis den Infektionskrankheiten zuzurechnen und in die Klasse der Eiterkrankheiten des wachsenden Individuums einzureihen, welche sich hauptsächlich im lymphatischen Apparate abspielen und in der Lymphadenitis und Osteomyelitis in ihren mannigfachen bakteriologischen Varianten ihre Hauptvertreter finden. **Haeckel** (Stettin).

---

4) **Merkens.** Über allgemeine Peritonitis nach Appendicitis.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VII. Hft. 4 u. 5.)

M. berichtet über 49 neue Fälle von Peritonitis bei Appendicitis aus Sonnenburg's Material und setzt die Principien der Behandlung aus einander. Mit Opium soll man sehr zurückhaltend sein, vielmehr für Entleerung des Darmes durch Klysmata, event. Abführmittel sorgen. Je mehr die Diagnose eines Abscesses oder Exsudates gesichert ist, desto leichter wird man sich zur Operation entschließen; ist dies nicht der Fall, und bieten die Kranken das Bild allgemeiner peritonealer Toxinämie dar, so verzichtet man lieber auf die Operation. Abwartendes Verhalten wird empfohlen, wenn kein Eiterherd sicher nachweisbar und in den ersten Tagen der Erkrankung die Schmerzhaftigkeit nicht auf die Ileocoecalgegend beschränkt ist, sondern allgemeine Empfindlichkeit des Bauches auf eine frische, diffuse Reizung des Peritoneums hinweist; in diesem Stadium birgt die Operation große Gefahren in sich; wartet man dagegen ab, so wird der Eiterherd durch festere Verwachsungen abgekapselt. Meist wird der Sonnenburg'sche Flankenschnitt ausgeführt; kann man dem Eiter bequemer vom Mastdarme oder der Scheide aus beikommen, so geschieht dies. Wenn man den Wurmfortsatz ohne Mühe und, ohne lange in der Eiterhöhle herumzutasten, entfernen kann, so soll man es thun; doch soll man nicht vergessen, dass es vorläufig nur darauf ankommt, die Eiterung zu beherrschen. Das Anlegen mehrerer großer Schnitte, Auspacken der Därme und Ausspülen der Bauchhöhle wird verworfen.

Von progredienter eitrig-fibrinöser Peritonitis wurden 32 Fälle operirt mit 21 Heilungen = $60\frac{1}{2}\%$; von diffus eitriger 17 Fälle mit 10 Heilungen = 59%. Bei letzterer Form hatte Sonnenburg in seiner früheren Serie nur 25% Heilungen. Der Unterschied erklärt sich zum größten Theil daher, dass in den letzten Jahren die Grenzen der noch operablen Fälle enger gezogen wurden. **Haeckel** (Stettin).

---

5) **Klemm.** Über die chronische Form der Appendixerkrankung.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1900. No. 46.)

K. setzt in einem Vortrage seine Anschauungen über chronische Appendicitis aus einander; statistische Daten und Einzelheiten giebt er nicht. — Theilt man die akute Appendicitis ein in die katarrhalische, die ulcerös-perforative und die gangränöse Form, so kann es

zur chronischen Appendicitis nur bei den ersten Formen kommen; denn bei der gangränösen wird der Wurmfortsatz vollständig eliminirt; kommen die Pat. mit dem Leben davon, so sind sie recidivfrei.

Bei der katarrhalischen Form kommt es wesentlich durch Strikturbildung zur chronischen Erkrankung; diese ist entweder eine Appendicitis chronica, ohne Attacken, mit unbestimmten Symptomen von Seiten der Ileocoecalgegend, oder eine Appendicitis recidiva mit stets neu auftretenden Attacken. In beiden Fällen soll man operiren. Hat eine ulcerativ-perforative Form bestanden, bei welcher operativ eingegriffen worden ist, der Wurmfortsatz aber nicht entfernt wurde, so kann man abwarten, ob die Recidive nicht ausbleiben, da gelegentlich eine Verödung der Appendix beobachtet wurde. Tritt aber doch ein Recidiv auf, so soll auch hier die kalte Exstirpation erfolgen.

Haeckel (Stettin).

---

6) U. Rose. Über den Verlauf und die Heilbarkeit der Bauchfelltuberkulose ohne Laparotomie.

(Mittheilungen aus d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. VIII. Hft. 1 u. 2.)

R. geht von dem sehr richtigen Gedanken aus, dass man zur Beurtheilung des Werthes der Laparotomie bei Bauchfelltuberkulose vor Allem erst einmal wissen müsste, wie denn der Verlauf dieser Erkrankung ohne Operation ist. Dafür liegen aber, mit Ausnahme der Arbeiten von Borchgrevink, in der Litteratur absolut keine sicheren Untersuchungen vor; Alles, was diese Fragen berührt, ist ganz allgemein gehalten und beruht ausschließlich auf vagen Eindrücken der Autoren, nicht auf exakten statistischen Untersuchungen. Die Meisten halten eine spontane Heilung für sehr selten, so dass bei dieser pessimistischen Anschauung die Resultate des Chirurgen berechtigte Bewunderung erregen mussten. Allein schon eine kritische Durchmusterung der Operationsresultate lässt erkennen, dass Dauerresultate, d. h. Heilung mindestens 2 Jahre nach der Operation konstatirt, erheblich weniger zahlreich sind, als die nackten Zahlen der Statistiken vermuthen lassen.

Zuerst zeigt R., wie weit man heute auch ohne Operation eine nahezu sichere Diagnose auf Bauchfelltuberkulose stellen kann; er hebt hervor, wie gerade für die Diagnostik der Bauchfelltuberkulose die operative Ära in so fern von hohem Werthe gewesen ist, als sie gezeigt hat, dass diese fast nie fehlt, wo sie vermuthet wird, dass sie aber oft vorhanden ist, wo man sie nicht vermuthet.

R. giebt sodann einen Bericht über 69 Fälle von Bauchfelltuberkulose, die in den letzten 14 Jahren auf der Naunyn'schen Klinik beobachtet sind. Scheidet man diejenigen Fälle aus, die zur chirurgischen Behandlung weiter gegeben wurden — 4 —, so wie diejenigen, über deren späteres Schicksal keine Nachrichten zu erhalten waren, so bleiben 52 Fälle übrig, und von diesen sind rund zwei Drittel gestorben und ein Drittel geheilt. Von den Geheilten weisen 13 eine Heilungsdauer von über 2 Jahren, 8 davon sogar von

5 Jahren und darüber (bis zu 8, 9 und 10 Jahren) auf, genügen also, was Beobachtungszeit anlangt, den weitgehendsten Ansprüchen.

Wenn Koenig vor 10 Jahren nach der von seinem Schüler Philipps aufgestellten Statistik den Ausspruch that, die Operation heile etwa ein Viertel aller Bauchfelltuberkulosen, so müssen wir jetzt Angesichts der konstatirten Heilung von einem Drittel der Fälle bei konservativer Behandlung mehr von der Laparotomie verlangen. Allerdings sind die Heilungsresultate mancher Chirurgen erheblich besser; allein das sind oft sehr kleine Beobachtungsreihen. Sodann ist zu bedenken, dass bei den konservativ Behandelten alle, auch die ungünstigsten, oft mit schwerer Lungentuberkulose etc. komplicirten Fälle mit in die Statistik genommen sind, während die Operirten ein ausgewähltes Material darstellen, in so fern z. B. Kranke mit schwerer Phthise wegen gleichzeitig bestehender Bauchfelltuberkulose überhaupt nicht zum Chirurgen komnen.

Zusammen mit den Resultaten der Arbeit von Borchgrevink ist der Aufsatz R.'s in hohem Maße geeignet, unsere Anschauungen vom Werthe der Laparotomie bei Bauchfelltuberkulose einer gründlichen Revision zu unterziehen. **Haeckel** (Stettin).

---

7) **Borchgrevink.** Zur Kritik der Laparotomie bei der serösen Bauchfelltuberkulose.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. VI. Hft. 3.)

B. untersuchte bei 22 Laparotomirten mit serösem Exsudat genau excidirte Stückchen des Bauchfelles und fand, dass die Tuberkel in denjenigen Fällen, welche am leichtesten heilten, schon bei der Laparotomie in vorgeschrittener Heilung sich befanden, während die Pat., deren Tuberkel bei der Operation keine oder geringe Heilungsvorgänge zeigten, durchgehends nicht geheilt wurden. Es starben später 8 = 36,4%; es heilten 14 = 63,6%.

Um einen Vergleich zu den Resultaten der chirurgischen Behandlung zu haben, verfolgte B. 22 nicht operirte Fälle, in denen er entweder durch Verimpfung von Punktionsflüssigkeit oder klinischen Verlauf, Tuberkulose anderer Organe u. A. mit Sicherheit tuberkulöse Peritonitis feststellte. Von diesen heilten 18 = 81,8%. Es ergiebt sich also das überraschende Resultat, dass die Erfolge konservativer Behandlung — 81,8% — weit besser sind als die Resultate der Operation, durch die durchschnittlich 65—70% primäre Heilungen erzielt werden.

B. fand ferner, dass das Vorkommen einer einfachen chronischen, von Tuberkulose unabhängigen Peritonitis sehr unwahrscheinlich ist, dass die einfache, chronische, sog. idiopathische Peritonitis mit Bildung kleiner Fibroide, in denen weder Tuberkelbacillen noch Riesenzellen zu finden sind, nicht, wie man annimmt, nicht-tuberkulöser Natur ist, sondern doch auf Tuberkulose beruht.

B. kommt zu dem hochbedeutsamen Schlusse, dass die nach der Laparotomie wahrgenommenen Heilungen nicht der Operation, sondern der spontanen Heilungstendenz, welche die bacillenarmen Bauchfelltuberkel auszeichnet, zu verdanken sind. Die ohne oder mit geringem Fieber einhergehenden Formen der serösen Bauchfelltuberkulose verlaufen von selbst günstig, bei ihnen ist die Laparotomie entbehrlich; bei den progressiven, mit konstantem Fieber verlaufenden Formen dagegen schadet die Laparotomie. Sie ist also für alle Fälle zu verwerfen. **Haeckel** (Stettin).

---

8) **G. Kelling.** Über die Entstehung des nervösen Reizzustandes des Magens bei Hernia epigastrica und über einen zweiten epigastrischen nervösen Druckpunkt.

(Wiener med. Wochenschrift 1900. No. 40.)

Aus den Untersuchungen von **Head** geht hervor, dass der Magen mit den in seiner Höhe liegenden Territorien des Rückens und der Bauchwand einen ziemlich einheitlichen Sensibilitätsbezirk bildet. Aus der Vereinigung der beiden Wurzeln, dem Truncus, geht ein hinterer sensibler Ast an den Rücken und die Bauchwand und ein vorderer sympathischer Ast an die Eingeweide. Reizungen in den sensiblen Bauchwandnerven können durch Irradiation Reizzustände in den sympathischen Eingeweidenerven hervorrufen, und umgekehrt. Der erste epigastrische Druckpunkt entspricht dem Nervenplexus, welcher von der Aorta auf die Art. coeliaca und mesenterica superior (Ganglion coeliacum) übergeht. Es ist derjenige, welcher vom Magengeschwüre etc. aus (welches ganz wo anders liegen kann) erregt wird. Andererseits wird von den beiden Arten der epigastrischen Hernien, dem echten Eingeweidebruche mit seinen Folgen der Einklemmung etc. und dem einfach aus dem Fascienspalte herausgeschobenen properitonealen Netzklümpchen ohne irgend welche peritoneale Beziehung durch Verwachsungen o. dgl. der Reiz auf den Magen übertragen. Bei den letzteren ist noch eine Prädisposition durch Neurasthenie und Anämie häufig in Rechnung zu ziehen. Die Reizzustände des Magens äußern sich in dem bekannten Symptomenkomplex, Sodbrennen, motorische Schwäche etc. Durch Vermittlung der Anämie auf sympathisch-nervöser Grundlage entwickeln sich dann auch die Wechselbeziehungen zwischen Magengeschwür und Hernia epigastrica, welche für die Diagnose und die Therapie Verlegenheit bereiten können. Es sollen nur die Hernien operirt werden, welche Beschwerden durch Abklemmung machen, oder durch Druckempfindlichkeit und Druckpunkte am Ganglion coeliacum, den Interkostalnerven die Erregung der Magennerven und seine Reizzustände erklären lassen. Der in der Überschrift genannte zweite epigastrische nervöse Druckpunkt entspricht der Lage des Pylorus und bezieht sich auf die zuweilen räumlich getrennte rechte Hälfte des Plexus coeliacus — Ganglion coeliacum dextrum.

H. Frank (Berlin).

---

9) **Busse.** Zur Radikaloperation der Nabelbrüche.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 3.)

In der v. Eiselsberg'schen Abtheilung wurden in den letzten 5 Jahren 22 Nabelbrüche behandelt, darunter 20 bei Erwachsenen. Reichliche Nahrungsaufnahme, eine körperliche Anstrengungen vermeidende Lebensweise spielen in der Ätiologie der Entstehung solcher Brüche bei den Erwachsenen unter den beobachteten Fällen eine große Rolle. Männer oder Frauen der arbeitenden Bevölkerung dagegen waren unter den Trägern der behandelten Nabelbrüche nicht vertreten. Unter den ätiologischen Faktoren werden Erblichkeit, Traumen, Geburten mit oder ohne Komplikationen erwähnt. Meist waren die Brüche zuerst reponibel, konnten aber später nicht mehr zurückgebracht werden. Die meisten derselben nahmen auch mit den Jahren an Größe zu; die Symptome waren sehr wechselnd: Störungen der Magen- und Darmthätigkeit, Leibschmerzen, Entzündungserscheinungen, Belästigung bei Bewegungen u. a. m. Vielfach bestand schließlich völlige Arbeitsunfähigkeit. Warum bei Fettleibigkeit im Vereine mit anderen Ursachen speciell traumatischer Art gerade Nabelbrüche entstehen, ist bei der geringen Widerstandsfähigkeit der alten Nabellücke leicht verständlich. Die Größe der beobachteten Fälle schwankte zwischen der einer Walnuss und eines Mannskopfes. Zur Operation gaben entweder die heftigen Beschwerden oder Einklemmungserscheinungen die Veranlassung.

Die Operation wurde ausgeführt nach der Methode von Condamin mit Modifikationen je nach Lage des Falles. Der Bruch wurde umschnitten, das Bauchfell eröffnet, vorliegendes Netz resecirt, vortretende Darmschlingen event. reponirt. Der Nabel mit Bruchsack und Haut wurde total exstirpirt. Die Naht erfolgte in 3 Etagen, Bauchfell, Rectusscheide, Haut. In gleicher Weise wurde so bei eingeklemmten wie freien Brüchen verfahren. In den weitaus meisten Fällen wurde als Bruchinhalt Netz gefunden.

Was nun die Resultate der operativen Behandlung der Nabelbrüche anlangt, so endeten von den nicht eingeklemmten Fällen 6,6%, von 4 inkarcerirten 1 tödlich. Die Gesammtsterblichkeit aller Fälle betrug 10,5%. Die Wundheilung war im Allgemeinen eine gute; mehrfach wurden von vornherein Drainröhren eingelegt. Was die Dauerheilung betrifft, so sind recidivfrei 57%, mit Recidiv behaftet 43%. Nur die nicht zu großen Brüche versprechen ein gutes Dauerresultat; desshalb soll man mit einem operativen Eingriffe nicht zu lange zögern. Sind die Brüche über apfelgroß, so sind die Aussichten auf Dauerheilung nur halbe; bei noch größeren Brüchen sind sie noch geringer. Bei solchen umfangreichen Brüchen empfiehlt es sich, zuerst eine Entfettungskur und erst dann eine Operation vorzunehmen. Bei 2 Pat. wurde wegen Recidivs zum 2. Male die Radikaloperation vorgenommen. Ein zweckmäßiges Verhalten nach dem Eingriffe, bestehend in Regelung der Lebensweise und Kräftigung der Bauchdecken durch Massage und Turnübungen, sollen

zur Erhaltung des erzielten operativen Erfolges energische Verwendung finden. Die Methoden der Naht für den Verschluss finden eine eingehende Besprechung, ferner wird auch der verschiedenen plastischen Verfahren zur Verstärkung des Bauchdeckenverschlusses Erwähnung gethan. Die Schilderung der Krankengeschichten und ein umfangreiches Litteraturverzeichnis beschließen die interessante Arbeit. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

10) **A. Stieda.** Über die Vorbereitung und Nachbehandlung bei Magenoperationen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 3.)

Verf. schildert, wie man bei Magenoperationen die Pat. vorbereiten und nachbehandeln soll. Gerade Magenleidende gelangen in einem oft sehr heruntergekommenen Zustande in chirurgische Behandlung, und will man gute Resultate auf diesem modernen Gebiete der Chirurgie erzielen, so wird man bis ins Kleinste, ja bis aufs Kleinlichste seine Maßnahmen treffen müssen. In dieser Weise geht die Arbeit des Verfs. auf Alles ein, was die Erfolge fördern kann, bis zu einer minutiösen Durchführung. Im Allgemeinen dürften allerdings auch anderwärts die gleichen Principien befolgt werden, um die Gefahren, die durch Collaps und Infektion solchen Kranken drohen, zu vermeiden oder zu überwinden. Die Wahl der Operationsmethode hält S. für wichtig und dem Kräftezustande anzupassen. Darum empfiehlt er gegebenen Falles die Jejunostomie, und zwar als präliminare Operation oder aber auch als definitive. So würde sie als endgültige Operation genügen bei den Fällen von Geschwür des Magens oder Zwölffingerdarmes und bei den Magenverätzungen, bei denen keine wesentliche organische Stenose vorhanden ist.

Beherzigenswerth ist, was S. über die postoperative Stagnation des Mageninhaltes und den Circulus vitiosus sagt. Er führt eine Reihe von Thatsachen an, welche ihn zu der Ansicht gebracht haben, dass nicht rein mechanische Verhältnisse, nicht die Art der Anlegung der Gastroenterostomie allein Schuld an diesem misslichen Vorkommnis tragen, sondern dass dieses oft durch einen Mangel in der motorischen Funktion und Kraft des Magens seine Ursache habe. Jedenfalls übt der Eingriff auf den an sich geschwächten Magen noch eine weitere Schädigung im Sinne einer Verstärkung der Atonie aus, deren Folgezustände es zu den Erscheinungen eines gastro-jejunalen Ileus kommen lassen. Diesem Zustande begegnet man am besten durch eine Einschränkung der Nahrungszufuhr durch den Mund, ferner durch frühzeitige Entleerung des angefüllten Magens mittels Schlauch, event. mit vorsichtiger Aspiration, aber ohne längere Ausspülung. Eine Gastroenterostomie wird einen Erfolg nur da bringen, wo man noch auf eine gewisse Thätigkeit des Magens rechnen kann. Wo dies nicht der Fall ist, käme die Jejunostomie oder die Witzelsche Gastroenterostomia externa in Frage. Natürlich können auch mechanische Verhältnisse den Erfolg einer Magen-Darmfistel in Frage

stellen. Desshalb bevorzugt v. Eiselsberg die Methode von v. Hacker (Gastroenterostomia retrocolica posterior).

Zum Schlusse finden die nach den Magenoperationen auftretenden Komplikationen, wie Blutungen, Pneumonie und Peritonitis, eine kurze Besprechung. Von einer Relaparatomie bei letzterer erwartet Verf. selten einen Nutzen. Mit der Eröffnung umschriebener Abscesse nach überstandener Allgemeinperitonitis soll man sich nicht zu sehr beeilen.

S. hält es für wichtiger, »bei Magenoperationen richtig mit Magenschlauch und Irrigator umzugehen, als neue Methoden der Gastroenterostomie zu erfinden«. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

11) **A. Stieda.** Zur Geschichte der cirkulären Pylorektomie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 391.)

Gegenüber den Prioritätsansprüchen, die Rydygier wiederholt und erst neuerdings wieder auf die 1. Billroth'sche Magenresektionsmethode erhoben hat, hat S. auf Anregung v. Eiselsberg's zusammen mit Lempp die einschlägige Litteratur daraufhin geprüft, ob Rydygier's Ansprüche gerecht sind. Er kommt zu einem absprechenden Resultate: Das geistige Eigenthum der Konception der Operationsmethode gehört Billroth und seiner Schule. Die Bezeichnung »1. Billroth'sche Resektionsmethode« soll zu Recht bestehen bleiben. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

12) **Schloffer.** Über traumatische Darmverengerungen.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. VII. Hft. 1.)

Angeregt durch eine eigene Beobachtung am Menschen — schwere Quetschung des Bauches, danach Symptome chronischer Darmstenose, Resektion der Striktur, Heilung — widmete sich S. dem Studium der Entstehung von Darmstrikturen durch stumpfe Gewalt und führt zunächst die wenigen in der Litteratur niedergelegten Fälle dieser Art auf; alle betrafen sie den Dünndarm oder den Pylorus. Da die bisherigen klinischen Beobachtungen und Thierexperimente nur einen sehr ungenügenden Aufschluss über die Frage der Bildung traumatischer Darmstrikturen geben, so führte S. in großem Maßstabe Experimente an Thieren aus. Er quetschte bei Hunden den Darm mit einem Dieffenbach'schen Nadelhalter, es wurden isolirte Defekte der Muscularis oder der Schleimhaut des Darmes oder beider zugleich gesetzt, endlich Unterbindungen der Mesenterialgefäße in kurzem Bezirke vorgenommen. Dabei zeigte sich, dass derartige Verletzungen, wenn sie nicht zum Tode führten, fast stets mit einer Restitutio ad integrum endigten und nicht zur Striktur führten, wofern die Submucosa von der Schädigung nicht mit betroffen wurde; es ist wahrscheinlich, dass namentlich ausgedehnte Schädigungen der Submucosa Strikturbildung begünstigen. Strikturen entstehen ferner durch Einstülpung der Darmwand im Sinne einer beginnenden Invagination, wenn durch traumatische

Zerstörung der Muskulatur die Rigidität der Darmwand verloren gegangen ist. Es können ferner Narbenstrikturen des Darmes nach Verletzungen des Mesenteriums eintreten ohne direkte Verletzung des Darmes selbst; es kommt dabei durch eine den ganzen Umfang des Darmes betreffende Cirkulationsstörung zur Nekrose entweder nur der innersten Schichten der Darmwand, oder aber zur Nekrose der ganzen Dicke der Darmwand mit rechtzeitig eintretenden Verwachsungen, welche der Perforationsperitonitis vorbeugen. Ferner können vollkommene oder theilweise Durchreißungen des Darmrohres in Ausnahmefällen durch rechtzeitige Verklebungen mit der Umgebung ausheilen und dann zu einer Darmstriktur führen. Weiter können traumatische Strikturen entstehen nach einer durch das Trauma bedingten echten Invagination nach Ausheilung derselben und Abstoßung des invaginirten Theiles durch den After.

Auch partielle Zerstörungen des Darmes, selbst unvollständige Risse seiner Wand können zur Verengerung führen, auch eine Knickung der Darmwand kann eine ähnliche Rolle spielen. Endlich können selbstverständlich traumatische Verwachsungen von Darmschlingen unter einander, so wie traumatische Verwachsungen von Netzsträngen zur Stenose führen.

Die ausführlichen Versuchsprotokolle und eine reiche Zahl schöner Abbildungen sind der Arbeit beigegeben.

Haeckel (Stettin).

---

13) **Kukula.** Untersuchungen über Autointoxikationen bei Darmocclusionen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 3.)

Die Rolle, welche Autointoxikationen bei den Krankheitserscheinungen des Ileus und der Darmverschlüsse spielen, hat in den letzten Jahren seit Borchard eine große Zahl von Bearbeitern gefunden. Nach einer eingehenden, den ersten Theil der Arbeit bildenden Prüfung der Gesammtlitteratur über diese Frage kommt Verf. zu dem Schlusse, dass, so viel chemische und toxische Substanzen auch in Betracht kommen, doch keine einzige bis jetzt zu einer wissenschaftlichen Klärung der beim Ileus auftretenden Vergiftungserscheinungen herangezogen werden kann. Bis jetzt sind wir bloß theoretisch einen Schritt vorwärts gekommen, aber qualitative Befunde und Bestimmungen reichen zu einer wissenschaftlichen Begründung nicht hin. Veranlasst durch 3 Ileusfälle, welche an Intoxikationen zu Grunde gingen, die durch die Sektion nicht erklärt wurden, hat K. 3 Jahre lang diese Vergiftungserscheinungen näher studirt und berichtet nun über das bisherige Resultat seiner Untersuchungen.

Zuerst spritzte K. den Darminhalt, den er bei akuten oder chronischen Darmverschließungen gewonnen hatte, den Versuchsthieren, Ratten, Mäusen, Meerschweinchen und Hunden, ein, nachdem er denselben durch Chamberland'sche Thonfilter filtrirt und die Sterilität kontrollirt hatte. Das Ergebnis dieser Versuchsreihe war ein fast

negatives. Eine Reihe der Thiere reagirte kaum auf die Injektionen. Bei den wenigen Fällen, welche tödlich verliefen, kann man aus dem negativen, d. h. sterilen Blutbefunde auf eine Intoxikation schließen. Auch das Ergebnis von 14 Experimenten, in welchen an den Thieren künstlich ein Darmverschluss hergestellt und der Darminhalt, resp. das Blut auf seine Toxicität geprüft wurde, war unbefriedigend.

In einer zweiten Versuchsreihe war Verf. bestrebt, die Misserfolge der ersten dadurch zu vermeiden, dass er zur Erzielung eines Darmverschlusses, der sich bei den ersten Experimenten so schwierig erwiesen hatte, den Darm in größerer Ausdehnung längs faltete und durch die so behandelten Partien Ligaturen anlegte. Nunmehr kam es in der That bei 7 Thieren zu dem gewünschten Resultate. Bezüglich des bei diesen Fällen im Harn gefundenen Indikan und Phenol ergab sich, dass diese Stoffe als Ursache der Autointoxikation keine ausschlaggebende Rollen spielen. Denn in keinem Falle wurden sie in solcher Menge ausgeschieden, dass sie toxische Erscheinungen hätten hervorrufen können. Diese Thatsache gilt auch dann, wenn etwa nicht alles Indol und Phenol durch den Harn ausgeschieden werden sollte, sondern die Hälfte durch Oxydation verschwände. Werthlos ist indessen die Bestimmung der beiden genannten Stoffe nicht, denn sie ist in vielen Fällen ein Indikator für die Fäulnisvorgänge im Darmkanale. Die Untersuchungen des Harns auf Eiweiß gaben die geringsten Resultate.

Der von diesen mit Ileus behafteten Thieren gewonnene Darminhalt wurde vom Verf. in einer eigenen, im Original näher zu studirenden Weise verarbeitet und dann anderen Versuchsthieren injicirt. Das Resultat waren überall mehr oder weniger starke Vergiftungserscheinungen mit starkem Collaps und Hinfälligkeit oder hauptsächlich nervösen Symptomen. Weiterhin experimentirte K. auch mit den von solchen Ileusfällen erhaltenen Darmgasen, die er in geeigneter Weise anderen Thieren injicirte. Diarrhöen, Erbrechen, allgemeine Depression mit Respirationsbeschleunigung und Pupillenerweiterung traten nach dieser Behandlungsweise auf. Der ganze Zustand ähnelte so sehr einer Schwefelwasserstoffintoxikation, dass Verf. unter dem Eindrucke steht, dass bei den Autointoxikationen in Folge von Ileus den im Darme durch Eiweißfäulnis entstehenden Gasen, insbesondere dem Schwefelwasserstoffe die wesentlichste Rolle zufällt.

Ohne Zweifel sind diese giftigen Stoffe auch im normalen Darminhalte vorhanden, aber in einer kleineren und wechselnden Menge. Bei Darmverschluss vermehren sie sich, und es bilden sich hier wohl auch noch andere toxische Produkte, so z. B. das Pentamethylendiamin, welche den bekannten Symptomenkomplex des Ileus hervorrufen. Von den Gasen dürfte noch das Methylmercaptan eine Rolle spielen.

In einer dritten Versuchsreihe experimentirte Verf. weiterhin bei Thieren mit dem Darminhalte, den er von Ileusfällen aus der Klinik

Maydl's gewonnen hatte. Auch diese Versuche riefen analoge Erscheinungen wie die der zweiten Reihe hervor. Kothentleerungen, Erbrechen, Tenesmus ani, Steigerung der Antiperistaltik, starke Zusammenziehungen der Bauchpresse, Speichelfluss und Zeichen einer allgemeinen Prostration, event. tonische und klonische Krämpfe waren die fast regelmäßigen Symptome, welche durch die Injektion des pathologischen Darminhaltes hervorgerufen wurden. Im Großen und Ganzen konnte K. jedenfalls experimentell einen Symptomenkomplex hervorrufen, welcher demjenigen bei Darmverschlüssen des Menschen durchaus gleicht. Daraus glaubt er schließen zu dürfen, dass auch die Erscheinungen beim Menschen in diesen Fällen durch Autointoxikationen, d. h. durch Resorption von Stoffen, welche in dem Darminhalte vorhanden sind, veranlasst werden. Die Reflextheorie des Erbrechens dürfte eine geringe Rolle spielen.

Verf. darf mit Recht behaupten, durch seine unendlich mühevollen und zahlreichen interessanten Versuche die Lehre vom Ileus, die Beziehungen der Autointoxikation zu demselben wesentlich gefördert zu haben. Er ist bescheiden genug, auf die Lücken hinzuweisen, welche seine Versuche heute noch nicht ausfüllen konnten. Vermochte er auch den Nachweis zu führen, dass die Gifte am Orte der Erkrankung vorhanden sind, so fehlt es zur Zeit noch an einer Reindarstellung dieser chemischen Produkte, an einer näheren Kenntnis der Verhältnisse bei ihrer Resorption und der Stätte ihrer Einwirkung. Auch die Rolle, welche die Darmgase spielen, ist noch nicht geklärt. Dies und manches Andere bleibt weiterer Forscherarbeit überlassen, zu welcher die lesenswerthe Arbeit des Autors Anregung geben möge.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

14) **Van Angelen.** Traitement de l'imperforation ano-rectale.

(Cercle méd. de Bruxelles 1901. April 5.)

V. empfiehlt, bei Anus imperforatus nach Entleerung der Blase zunächst das Steißbein zu durchtrennen, von hier aus nach oben zu gehen und, wenn nöthig, den Douglas zu eröffnen. Bei diesem hinteren Vorgehen findet man das blinde Darmende immer, und die Blutung ist so gering, dass auch schwächliche Kinder die Operation gut überstehen. Im letzten so operirten Falle war später vollkommene Kontinenz vorhanden, entweder in Folge von Hypertrophie des ursprünglich nur schwach entwickelten normalen Sphinkters, oder durch Bildung eines neuen Sphinkters auf Kosten der Darmmuskulatur.

Mohr (Bielefeld).

---

15) **W. Prutz.** Beiträge zur operativen Behandlung des Mastdarmkrebses.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 3.)

Verf. giebt einen statistischen Beitrag zu der Frage der operativen Behandlung des Mastdarmkrebses auf Grund des Materials an der v. Eiselsberg'schen Klinik. Es handelt sich um 75 Fälle, von

denen aber nur 45 radikal operirt wurden. Für die Beurtheilung der Dauererfolge kommen nur 20 Fälle in Betracht, bei denen der Eingriff länger als 3 Jahre zurückliegt. Davon sind 4 als dauernd geheilt zu betrachten, also 20%.

Bezüglich der Technik stimmt P. dem Satze Rehn's und Krönlein's zu, dass die Methode jeweils gewählt, nicht eine einseitig bevorzugt werden soll. Für besonders zweckmäßig erachtet er den vaginalen Weg und meint, es würde sich noch zeigen, ob er für alle, auch die sehr hoch sitzenden Mastdarmcarcinome, die übrigens Rehn alle nach dieser von ihm angegebenen Methode exstirpirt, die Operation der Wahl darstellen würde. Auch die Erfahrungen v. Eiselsberg's weisen darauf hin, dass man berechtigt ist, die perinealen und vaginalen Methoden wieder mehr zu üben. Für besonders gefährlich hält Verf. die temporären Kreuzbeinresektionen gegenüber den anderen sacralen Methoden. Auch die Methode von Schlange weist eine nicht unbeträchtliche direkte Sterblichkeit in Folge der Blutung auf. Sollte eine temporäre Resektion des Kreuzbeines jedoch nöthig sein, so scheint ihm das Verfahren von Gussenbauer am meisten empfehlenswerth zu sein, das in der v. Eiselsberg'schen Klinik 8mal mit 2 Todesfällen angewendet wurde. Die Eröffnung des Bauchfelles zum Princip zu machen, hält P. für falsch. Wo eine Vermeidung dieses Ereignisses ohne Nachtheil für die Durchführung des Eingriffes möglich ist, soll man danach verfahren. Auch hier ist von Fall zu Fall die Entscheidung zu treffen. Theile der hinteren Scheidenwand und des Uterus mussten öfters mit entfernt werden. Verwachsungen mit Blase, Prostata und Harnröhre galten als Kontraindikation für eine radikale Operation. Am besten kann man sich von diesen Verhältnissen bei der perinealen Methode Rehn's überzeugen und gegebenen Falles die Operation zeitig abbrechen. Bei der sacralen Methode kommt man erst spät zur Einsicht dieser Komplikationen.

Zur Versorgung des Darmes wurde, wenn möglich, die Cirkulärnaht angewendet, doch wurden auch die anderen Methoden, wie die Invagination von Gersuny, die Silberdrahtmethode von Nicoladoni etc. benutzt. In der Mehrzahl der Fälle wurde ein Anus sacralis angelegt. Sehr häufig wurde die Darmdrehung nach Gersuny ausgeführt mit sehr gutem Erfolge. Doch wurde auch ohne dieselbe in einer Reihe von Fällen gute Kontinenz und ein befriedigendes funktionelles Resultat erzielt. Wesentlich ist dabei die Schonung des Levator ani (Rehn), die, wenn möglich, geübt wurde. Die Gersuny'sche Methode und Herstellung des Afters an alter Stelle scheinen dem Verf. die beste Kombination zu sein.

Die Nachbehandlung nach den Eingriffen ist die allgemein übliche. Vereinzelt wurden Nachoperationen nöthig.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).



Kleinere Mittheilungen.

Zur Diagnose des Wurmfortsatzes als Bruchinhalt.

Von

Prof. **Th. Kölliker** in Leipzig.

Bei einer kürzlich von mir vorgenommenen Radikaloperation eines Schenkelbruches beobachtete ich ein Symptom, das dazu angethan ist, die Diagnose des Wurmfortsatzes als Bruchinhalt sehr wahrscheinlich zu machen. Die Pat., eine Frau von 69 Jahren, hielt das rechte Bein im Hüftgelenke flektirt, wie ein Coxitiskranker mit Flexionskontraktur; sie konnte sich nur mit Hilfe eines Stockes, auf den sie sich mit beiden Händen stützte, fortbewegen. Alle Versuche, das Bein zu strecken, auch in Rückenlage, verursachten in der rechten Unterbauchgegend außerordentlich heftige Schmerzen. Diese Schmerzen waren es auch, die die Kranke veranlassten, ihren irreponiblen Schenkelbruch operiren zu lassen. Bei der Eröffnung des Bruchsackes ergab sich nun folgender Befund: Der Bruchsack enthält mäßig verdicktes Netz, das an einer Stelle des Bruchsackes ganz leicht adhärent ist. Im Grunde des Bruchsackes ist der sehr lange Wurmfortsatz mit seinem freien Ende angewachsen; der Fortsatz ist stark gespannt, da das Bein in Narkose gestreckt liegt. Andere Darmtheile enthält der Bruchsack nicht. Der Wurmfortsatz wird vorgezogen und resecirt, eben so das hypertrophische Netz, und die Radikaloperation des Schenkelbruches angeschlossen.

Da das Netz im Bruchsacke keiner Spannung unterworfen war, ist es zweifellos, dass die lebhaften Schmerzen bei Streckung des Beines durch den Zug des sich spannenden Wurmfortsatzes ausgelöst wurden. Wenn nun auch sicher mit dem Bruchsacke verwachsenes Netz gelegentlich durch Zug am Peritoneum ähnliche Schmerzen veranlassen kann, so scheint mir doch die Lokalisation des Schmerzes in der rechten Unterbauchgegend und die Flexionsstellung des rechten Hüftgelenkes die Diagnose auf mit dem Bruchsacke verwachsenen Wurmfortsatz in hohem Grade wahrscheinlich zu machen.

---

16) **N. M. Benissowitsch.** Die chirurgische Behandlung des Ascites bei Lebercirrhose.

(Wratsch 1901. No. 7.)

1) 22jähriger Mann, trinkt seit 7 Jahren. Wegen Diagnose Bauchfelltuberkulose wird 2mal ohne Erfolg laparotomirt. Nun fühlt man eine bedeutende Vergrößerung der Leber und eine geringe der Milz. Operation nach Talma. Nach 2 Monaten nochmalige Punktion, worauf sich Pat. sehr wohl befindet. 2) 56jähriger Mann, trinkt 30 Jahre mäßig. 2 Punktionen; darauf Operation nach Talma. 11 Tage fühlte sich Pat. wohl, dann traten Erscheinungen von Herzschwäche auf, und nach 3 Tagen ging Pat. zu Grunde. Keine Sektion. B. glaubt, dass hier die Leber zu stark verändert war und nicht die Operation am Tode Schuld trug.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

Berichtigung. In No. 27 d. Bl. p. 688 Zeile 9 u. 15 von unten lies Damme statt Darme und in der Beilage zu No. 29 p. 147 Zeile 21 von unten plattes statt glattes.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 32. **Sonnabend, den 10. August.** **1901.**

1) H. Gross. Zur Kenntnis des osteomyelitischen Knochenabscesses der langen Röhrenknochen, in besonderer Berücksichtigung seines anatomischen Verhaltens.

(Beiträge zur klinischen Chirurgie Bd. XXX. Hft. 2.)

G. hat den dankenswerthen Versuch unternommen, auf Grund anatomischer Veränderungen, wie sie von ihm und anderen Autoren gefunden wurden, die mannigfachen Erscheinungsformen des Knochenabscesses zu deuten. Nach seiner Darlegung beginnt der Process damit, dass die osteomyelitische Infektion an umschriebener Stelle des spongiösen Markes zu eitriger Einschmelzung der Spongiosabälkchen führt. Die Entwicklung von Granulationsgewebe in der nächsten Umgebung des Herdes zeigt eine beginnende Abgrenzung an. Es folgt eine reaktive Sklerose in der Peripherie, die allmählich den Herd einschließt und zu völliger Eburneation des Knochens führt. Damit wird der Herd von der Ernährung abgeschlossen, die Granulationen sterben ab, es tritt ein vorläufiger Stillstand des Infektionsprocesses ein. Nun ist durch weiteres Vordringen der sklerosirenden Ostitis mit der Zeit ein völliges Verschwinden der Höhle im Knochen denkbar. Im Übrigen wird die weitere Entwick-

lung dadurch eingeleitet, dass mit dem Nachlassen des Ossifikationsreizes seitens der Eiteransammlung und des physiologischen Knochenwachsthums sich eine Rückbildung, eine Rarefikation des Knochens geltend macht. Die eburneirten Massen lockern sich, geben wieder Raum für ernährende Gefäße, und unter dem Einflusse der Rarefikation vollzieht sich jetzt die Ausbildung des kleinen Herdes zu einem typischen, allmählich anwachsenden und mit einer Granulationsmembran ausgekleideten Abscesse. Bezüglich des Verhaltens der Bakterien wird eine Reinfektion mit Recht verworfen, es handle sich auch nicht um eigentliche Recidive, sondern um eine kontinuirliche Fortsetzung der osteomyelitischen Infektion, wenn auch zur Zeit der höchsten Sklerosirung ein stationäres Verhalten eintreten mag. Die Abhängigkeit von der zeitlichen Dauer des Processes und dem Alter der Pat. tritt nach G. auch klinisch hervor. Der Regel nach beginnt das Leiden in der frühesten Jugend; es folgt eine Periode der Ruhe (Stadium der Sklerose); die Anfälle stellen sich meist erst nach Abschluss des Wachsthums ein; operirt wurden die Kranken durchschnittlich im 21. bis 27. Lebensjahre. Bei Knochenabscessen Erwachsener ist der Verlauf ein erheblich rascherer, was sich durch weniger starke Ossifikation erklären ließe.

Durch die geschilderten Ausführungen wird in der That der Verlauf des typischen Knochenabscesses in anschaulicher Weise erklärt; dass Manches derselben auf Hypothese beruht, hebt Verf. selbst hervor.

Honsell (Tübingen).

---

2) **Zoppi.** Del processo intimo di guarigione del distacco epifisario.

(Policlinico 1901. No. 3.)

An zahlreichen Kaninchenexperimenten stellte Z. fest, dass die Epiphysenlösung (obere Tibiaepiphyse) stets an einem bestimmten Punkte des Zwischenknorpels geschieht, und zwar da, wo die Knorpelzellen, in Säulen geordnet, ihre Kapseln aufblähen und ihre Kerne Chromatinveränderungen eingehen, an dem nach der Diaphyse zu gelegenen Ende der Säulen, so dass also der größere Theil des Knorpels an der Epiphyse bleibt.

Die Heilung ist verschieden von der Frakturheilung; es bilden sich neue Knorpelzellreihen, welche zapfenförmig in die Zotte der vom Knochen ausgehenden Gefäßschlingen und sich bildenden Markräume eindringen, während dieser Process ebenfalls gleichmäßig fortschreitet, so dass rasch eine völlige Restitutio ad integrum eintritt.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

3) **Hatch.** A new method of treating fractures.

(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 13.)

Die »neue Methode« besteht darin, sämmtliche Frakturen, ohne Ausnahme, operativ zu behandeln. Die Vortheile sollen sein: Ab-

kürzung der Heilungsdauer um ca. 1 Woche, Schmerzlosigkeit, sehr genaue Lage der Theile in guter Stellung. Der Verband unterscheidet sich in so fern von früheren Schienenverbänden, als eine Schiene vor, die andere nach Naht der Wunde angelegt wird; sie sind natürlich sterilisirt und werden, wie es scheint, direkt, ohne vorhergehenden Wundverband, auf das Glied gelegt. Der Verband muss sehr fest sein, um Schwellung zu vermeiden. Die Wunde wird nicht drainirt. Verf. führt so behandelte Fälle an, von denen 6 komplicirt waren. Bei allen sehr gutes Resultat und völlig aseptischer Wundverlauf.

Trapp (Bückeburg).

---

4) **A. Limberger.** Über intermittirenden Gelenkhydrops.

(Beiträge zur klinischen Chirurgie Bd. XXX. Hft. 2.)

Anschließend an zwei eigene, typische Beobachtungen, so wie die zahlreichen Fälle der Litteratur bespricht Verf. Ätiologie, klinisches Bild und Therapie des intermittirenden Gelenkhydrops. Wie er hervorhebt, ist der intermittirende Hydrops die Folge einer Gelenkentzündung; er stellt im Übrigen keine selbständige Affektion, sondern nur ein Symptom verschiedener Krankheiten dar. In der größten Mehrzahl der Fälle ließ sich das Leiden mit mehr oder weniger großer Bestimmtheit auf infektiöse Ursachen, in erster Linie Gelenkrheumatismus, dann aber auch auf Gonorrhoe, Malaria (?), Tuberkulose zurückführen. Ein Einfluss seitens Nervenerkrankungen war nicht zu konstatiren. Es ließen sich solche nur in $^1/_3$ der Fälle nachweisen, und zum Theil waren sie wohl durch dieselben Ursachen bedingt, wie der Hydrops selbst. Traumen kamen in 8 Fällen in Betracht. Auch die Symptome sprachen vielfach für einen entzündlichen Beginn des Leidens. So war bei den nach Rheumatismus Erkrankten das Auftreten des Processes der Regel nach mit fieberhaften Allgemeinerscheinungen und lokaler Schmerzhaftigkeit verbunden. Objektiv wurden Knirschen im Gelenke, Zottenbildungen, selbst Versteifungen beobachtet. Ferner fanden sich zwischen intermittirendem und chronischem Hydrops die verschiedensten Übergänge. Therapeutisch bewährten sich am besten die üblichen chirurgischen Maßnahmen, innere Medikationen waren dagegen erfolglos.

Honsell (Tübingen).

---

5) **Biaghi.** Del sarcome dei muscoli.

(Policlinico 1901. No. 6.)

Bei der Untersuchung von 5 Muskelsarkomen (Spindel- und Rundzellensarkome) fand B. neben degenerativen Vorgängen des Muskelgewebes einen dem gegenüber zwar zurücktretenden, aber doch nicht zu übersehenden wahren Übergang von Muskelfaser in Sarkomgewebe. Entweder entsteht aus Wucherung und entzündlicher Infiltration des interstitiellen Bindegewebes und des Sarkolems und einem Zerfalle der Muskelfasern zunächst ein indifferentes Gewebe, das dann in Sarkom sich umbildet (indirekte Metamorphose); oder in den Fasern

entstehen große Kerne ähnlich denen der Sarkomzellen, neben einfacher Kernvermehrung. Um diese Kerne tritt ein Saum homogener Substanz auf, während das Sarkolem und die kontraktile Substanz zerfällt und verschwindet, entweder fibrillär zerfallend oder unter Homogenisirung und Vacuolisirung, während die übrig bleibenden neugebildeten Elemente dem Sarkom sich beimischen.

Nach diesen Thatsachen hält B. für möglich, dass das Muskelgewebe auch selbständig den Ausgangspunkt von Sarkom bilden kann.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

6) **Vanghetti.** Plastica dei monconi ed amputazioni transitorie.

(Arch. di ortoped. 1900. No. 5 u. 6.)

V. hat (s. d. Centralbl. 1900 p. 598) neue technische Vorschläge für die Ausführung von Amputationen gemacht, welche bezwecken, die durchschnittenen Sehnen zur aktiven Bewegung von Prothesen nutzbar zu machen. Es ist ihm (u. A. vom Ref.) der Einwurf gemacht worden, dass für koordinirte Bewegung vor Allem auch die Sensibilität des bewegten Gliedes nothwendig sei. Er sucht den Einwurf in längeren theoretischen Erörterungen zu widerlegen. Er hofft, dass die Sensibilität der erhaltenen Theile, vor Allem die der Muskeln, vikariirend eintreten werden. Er bespricht nochmals die vorgeschlagene Technik und fordert zu praktischen Versuchen auf. Bei der großen Mühe welche V. zur Begründung seiner Vorschläge aufgewendet, und der Zuversicht, mit welcher er Erfolge von der praktischen Verwerthung erhofft, ist es nur zu bedauern, dass er offenbar selbst nicht über ein Krankenmaterial verfügt, welches dazu dienen könnte.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

7) **Beely.** Zur Stumpfbildung bei Amputationen und Exartikulationen an den oberen Extremitäten.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 4.)

B. berichtet über einen Fall von intra-uteriner Exartikulation resp. Amputation der rechten Hand. In der Beobachtungszeit war der betreffende Pat. 17 Jahre und besaß eine ganz außergewöhnliche Gebrauchsfähigkeit seines Stumpfes. Letzterer hatte eine eigenthümliche Gestalt. Die Weichtheile über ihm waren nicht straff gespannt, sondern bildeten über dem Skelettende einen dicken, rüsselartigen Wulst. Dieser Rüssel konnte nach den verschiedensten Richtungen aktiv bewegt werden, besonders volarwärts. Die Haut legte sich dabei in Querfalten und wurde grübchenförmig eingezogen. Pat. benutzte seinen Stumpf beim Ankleiden, Essen, Zerschneiden des Fleisches und allen täglichen Verrichtungen, so dass sich B. nur schwer zum Ersatze durch eine künstliche Hand entschließen konnte.

Die außergewöhnliche Bewegungsfähigkeit sieht Verf. dadurch bedingt an, dass die Sehnen innig mit dem Stumpfrüssel verbunden waren, und zwar direkt mit der Haut, nicht nur mit dem Unterhautbindegewebe. Die Ursache dieser Eigenart ist bedingt durch

die langsame Abtrennung, welche sämmtliche Gewebe gleichzeitig und in derselben Höhe betraf, so dass die Sehnenenden sich nicht zurückziehen konnten, sondern mit der Haut verwuchsen.

Verf. zeigt, wie die Natur hier einen Stumpf gebildet habe, dessen Gebrauchsfähigkeit diejenigen übertrifft, welche der Chirurg durch eine lege artis ausgeführte Amputation oder Exartikulation herstellt. Die Schlussfolgerung, resp. Nutzanwendung aus diesem Falle hält B. für so einfach, dass man kein weiteres Wort darüber zu verlieren braucht.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

8) **D'Urso.** Osservazioni anatomiche e cliniche sopra aneurismi degli arti.

(Policlinico 1901. No. 5.)

3 Fälle von Extremitätenaneurysma. In zweien wird die Unterbindung der zuführenden Arterie gemacht (Femoralis), 1mal mit sekundärer Spaltung und Ausräumung des Sackes. Beide Male Heilung. Der 3. Fall, wo die A. brachialis betroffen war, stellt ein spontan geheiltes Aneurysma desselben vor; wegen Druckerscheinungen von Seiten des Nerven Exstirpation. Die mikroskopische Untersuchung gab D'U. Gelegenheit, die Spontanheilung zu studiren. Der Sack, mit Coagulis gefüllt, zeigte starke Verdünnung der Arterienhäute, so dass die elastischen Elemente stark, die muskulösen fast verschwunden waren, eine gewucherte Intima, von der aus Organisation der Thromben ausging. Diese Intimaverdickung ist am stärksten an der inneren, der nicht ausgedehnten Seite der Arterie entsprechenden Wand und setzt sich auf das Vas efferens fort. U. glaubt, dass diese Endarteriitis, indem sie die Lichtung der Arterie verengt und sekundär noch zu Bildung von Thromben führt, welche sich dann ihrerseits von der Intima aus organisiren, Obliteration der abführenden Arterie und der Kollateraläste des Sackes und dadurch die Spontanheilung bewirkte.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

9) **Bunge.** Zur Pathologie und Therapie der durch Gefäßverschluss bedingten Formen der Extremitätengangrän.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 3.)

Bei jugendlichen Individuen kommt ein Krankheitsbild vor, welches ohne die Symptome des Marasmus, des Ergotismus oder Diabetes schließlich zu einer Gangrän der Extremitäten führt. Über die Ätiologie dieses klinisch wohl bekannten Leidens existiren zwei Deutungen. v. Winiwarter, welcher zuerst eine klassische Darstellung desselben gegeben hat, ist der Meinung, dass hier ein besonderer Process vorliege, eine eigene Form von Endarteriitis und Endophlebitis, welche nichts mit Arteriosklerose zu thun habe. v. Zoege-Manteuffel dagegen hält für die Grundursache dieser Gangrän die Arteriosklerose und glaubt, dass die von den anderen Untersuchern beschriebenen Obturationsmassen nichts weiter seien als die Produkte der Organisation von Thromben in verschiedenen

Stadien der Organisirung. Als Therapie kommt nach ihm nur eine Amputation in Frage, da nur durch diese das Leiden wie auch die Schmerzen beseitigt werden, welch letztere durch schwielige Verwachsungen zwischen den Gefäßen und Nerven veranlasst sind. v. Zoege-Manteuffel fasst den ganzen Process folgendermaßen auf: Es besteht schon längere Zeit eine Sklerose. Die damit verbundene Verengerung führt allein nicht zum Gefäßverschlusse, dagegen lösen sich Zellen der Intima los, die als Ansiedlungsstellen für hyaline Thromben dienen, welche ihrerseits wieder durch Anlagerung sich vergrößern und dadurch eine völlige Verstopfung herbeiführen. Die Mehrzahl der Autoren, welche gleiche Fälle beobachtet und untersucht haben, schließt sich der von Winiwarter gegebenen Deutung an, dass ein selbständiger Process vorliege. Haga weist der Lues noch eine Rolle bei Entstehung der Krankheit zu, Wilonski hält dieselbe für eine Arteriitis elastica.

Den Untersuchungen, welche B. selbst zur Klärung der vorliegenden Fragen vornahm, hat er sämmtliche Fälle von Extremitätengangrän an der v. Eiselsberg'schen Klinik zu Grunde gelegt, gerade um durch einen Vergleich aller Formen von Gangrän das event. Gemeinsame oder Trennende näher kennen zu lernen. Die außerordentlich zahlreichen und interessanten Untersuchungen sind auf das Genaueste unter Beigabe erläuternder Illustrationen in der Arbeit geschildert. Aus der Fülle seiner Beobachtungen zieht Verf. den Schluss, dass bei den von ihm bearbeiteten Fällen, wo eine Untersuchung größerer Gefäßbezirke möglich war, die Arteriosklerose eine Rolle in der Entstehung des Leidens spielt. Eine äußerst beträchtliche Verdickung der Intima durch sklerotische Processe führte zu schweren Stenosirungen der Gefäßlichtungen, an manchen Stellen zu totalem Verschlusse, vor Allem bei jungen Leuten, an deren Gefäßsystem makroskopisch die Erscheinungen der Sklerose fehlten. B. bezeichnet den Process als Arteriosclerosis obliterans. In einem Falle lag möglicherweise eine durch Lues hervorgerufene Erkrankung vor, trotzdem mit Sicherheit gummöse Bildungen nicht gefunden wurden. Von den Fällen, bei denen bloß periphere Gefäße untersucht werden konnten, ist einer sicher als Arteriosklerose anzusprechen; bei zwei anderen fanden sich nur Veränderungen, wie man sie bei beschränkter Blutzufuhr trifft. Jedenfalls aber ist es erwiesen, dass entweder durch diffuse oder häufiger durch umschriebene sklerotische Verdickungen der Intima meistens mehrfache, seltener solitäre Verengerungen der Gefäßlichtung, und zwar in einem oder in mehreren Hauptgefäßen der Extremitäten verursacht werden. Da diese Stenosirungen oder auch vollständigen Verschließungen meistens an der Abgangsstelle von seitlichen Ästen entstehen, hemmen sie die Bildung eines Kollateralkreislaufes. Ferner kommt es, wie Verf. an seinen Präparaten deutlich nachweisen konnte, hinter diesen Stenosen zu Thrombosen, welche sich organisiren und ihrerseits

zur Kompletirung des Verschlusses und Ausschaltung der Kollateralen Veranlassung geben.

Einen specifischen Process wie v. Winiwarter kann B. also nicht annehmen. Die verkannte Organisation der Thromben hat nach B.'s Ansicht zur Annahme einer eigenartigen primären Endarteriitis geführt. Im Gegensatze zu v. Zoege-Manteuffel hat Verf. aber nur bei sehr schweren sklerotischen Processen, nicht aber auch bei geringfügigen Gefäßveränderungen Thrombosen gesehen, welche zur Verstopfung der Gefäßlichtungen führten, so weit große Gefäße in Betracht kommen. Nur peripherwärts von den einfachen oder mehrfachen primären Gefäßverlegungen sah B. derartige wandständige Thromben ohne vorherige Verstopfung der Lichtung. Die präsenile oder juvenile Gangrän der Extremitäten gehört also in der That in das Gebiet der frühzeitigen Gefäßsklerose.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

10) **O. Ehrhardt.** Zur Vernähung der Scapulae bei Dystrophia musculorum progrediens.

(✝. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 3.)

v. Eiselsberg hat im 57. Bande des Archivs für klinische Chirurgie 2 Fälle publicirt, bei denen er zur Korrektur des flügelförmigen Abstehens der Schulterblätter bei der Dystrophia musculorum progrediens einen operativen Eingriff mit Erfolg vorgenommen hatte, welcher durch Fixirung der Schulterblätter die Beweglichkeit der Oberarme wiederherstellte. E. konstatirt, dass jetzt, 3 Jahre nach der Operation, das gute Resultat noch fortbesteht. Er empfiehlt desshalb, diesen Eingriff bei den sog. Abortivformen des Leidens vorzunehmen in der Weise, dass die Innenränder der Schulterblätter frei gelegt, angefrischt und mit einander vernäht werden. So wird der Schultergürtel in einen starren Ring verwandelt analog dem Beckengürtel. Werden durch die Operation die Schlüsselbeine so aus ihrer Stellung gebracht, dass sie Gefäße und Nerven gegen die erste Rippe komprimiren, so kann man ohne große Schwierigkeiten durch eine bajonettförmige Verlängerung derselben nach Art der bekannten Achillotenotomie diese Erscheinungen beseitigen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

11) **C. Adrian.** Über kongenitale Humerus- und Femurdefekte.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 2.)

Anschließend an 2 Fälle von mangelhafter Entwicklung des Oberschenkelknochens aus der Straßburger Klinik, von denen einer dadurch besonders interessant wurde, dass er zur Obduktion kam, werden die Defektbildungen von Humerus und Femur unter Berücksichtigung der bisherigen Litteratur besprochen. Meist handelte es sich nicht um totales Fehlen, sondern nur um eine Hypoplasie

der Knochen, und zwar in der Regel derart, dass noch Epiphysenreste vorhanden waren, während die Diaphyse fehlte. Wenn am Femur das untere Epiphysenstück mit der Tibia ein Gelenk bildete, so war auch die Kniescheibe vorhanden; fehlte dieselbe, so bestand auch kein eigentliches Gelenk. 3mal, so im zweiten von Verf.s eigenen Fällen, war mit der Femurverkümmerung eine angeborene Hüftverrenkung verbunden. Bei totalen Femurdefekten entsprangen die Oberschenkelmuskeln von einem bindegewebigen, von der Synchondrosis sacro-iliaca zu den Schienbeinkondylen ziehenden Strange. Im Ganzen werden folgende Gruppen unterschieden:

1) Defekte des Humerus oder Femur, komplicirt mit Strahldefekten (Defekten von Radius resp. Fibula).

2) Unvollkommene Entfaltung in der Richtung der Achse, z. B. mangelhafte Entwicklung des Oberarmes und Unterarmes bei relativ wohlgebildeter Hand.

3) Reine Defekte von Humerus und Femur bei normalem Verhalten der distalen Gliedtheile.

Entwicklungsstörungen am Knochensystem des Stammes scheinen sich nur selten mit diesen Defekten zu kombiniren, dagegen trifft man häufiger sonstige angeborene Missbildungen, so Angiome, Nerven, Hypospadie.

Honsell (Tübingen).

---

12) **F. Hofmeister.** Eine neue Repositionsmethode der Schulterluxation.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 2.)

Weitere Ausführung eines auf dem letzten Chirurgenkongresse gehaltenen Vortrages.

Vor der Stimson'schen Repositionsmethode (vgl. dieses Centralblatt 1900), welche den Ausgangspunkt der H.'schen Versuche bildete, hat H.'s Vorgehen geringere Belästigung des Pat. und größere Handlichkeit des Apparates voraus, ganz abgesehen davon, dass die von Stimson benutzten Gewichte sich für den erwachsenen deutschen Arbeiter als nicht ausreichend zur Reposition erwiesen.

Honsell (Tübingen).

---

13) **C. Sultan.** Die ambulatorische Behandlung der Oberarmbrüche mit permanenter Extension.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 3.)

Die Extensionsbehandlung der Oberarmbrüche erfreut sich einer zunehmenden Beliebtheit. Bardenheuer hat das Verdienst, diese Methode populär gemacht zu haben. Indessen ist der von ihm angegebene Apparat wie auch der Gussenbauer'sche zu kostspielig für den allgemeinen Gebrauch. Die Clark'sche Gewichtsextension und die Phelps'sche Extensionsschiene genügen nicht allen Anforderungen. Verf. wandte nun mit gutem Erfolge ein Verfahren an, welches die Extension mit dem Middeldorpf'schen Triangel

verbindet. Letzteres wird aus dicker Pappe hergestellt, die durch Heftpflaster und Gipstouren gefestigt wird. Heftpflasterstreifen mit Querbrettchen werden zur Herstellung der Extension an den Oberarm gelegt, die beiden Längsstreifen durch quere Heftpflastertouren fixirt. Der Oberarmtheil des Triangels wird mit Gipstouren an den Arm befestigt. In die so entstehende feste Hülse wird ein U-förmig gebogenes Stabeisen eingegipst, indem die freien Schenkel zu beiden Seiten des Oberarmes zu liegen kommen. Das Querbrett wird dann mittels eines Gummischlauches gegen das geschlossene Ende des U-förmigen Stabeisens angezogen. Ein Blick auf die beigegebenen Abbildungen orientirt sehr leicht über die geschilderten Grundzüge des Verfahrens wie über einige technische Handgriffe zur leichteren Handhabung, resp. Erneuerung des Verbandes. Nachtheile hat Verf. von dem Verbande nicht gesehen, der sich durch seine Einfachheit überall leicht herstellen lässt und eine ambulatorische Behandlung ermöglicht. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

14) **F. Honzák.** Zur Wahl der operativen Methode bei veralteten Luxationen des Ellbogengelenkes.

(Sborník klinický Bd. II. Hft. 4.)

Der Bericht aus der Klinik Maydl umfasst 28 Fälle, darunter eine isolirte Verrenkung des Radius nach hinten. 24mal handelte es sich um eine Verrenkung beider Vorderarmknochen nach hinten, 3mal nach außen; von ersteren waren 12 komplicirt (1 nach hinten und innen, 3 nach hinten und außen, 4 mit Fraktur des Epicondylus internus etc.). Die Fälle vertheilen sich auf 17 Weiber und 11 Männer; $^2/_3$ (19) der Fälle betrafen Individuen im Alter von 8—22 Jahren. Das Repositionshindernis bestand in: Retraktion und Verdickung der Kapsel, Interposition der Kapsel oder eines von der Epitrochlea oder vom inneren Epicondylus abgesprengten Knochenstückes zwischen die Gelenkflächen, hauptsächlich aber Ossifikationen der Kapsel, die sich öfters skiaskopisch nachweisen ließen: in einem Falle fanden sich bis $1^1/_2$ cm dicke knöcherne Platten; in solchen Fällen kommt nur die primäre Resektion in Betracht. Die von Nicoladoni, Vamossy und Bunge beschriebenen zahlreichen, kleinen Knochenstücke hält Maydl nicht für versprengte Frakturstücke, sondern für umschriebene Ossifikationen des Periosts, wovon er sich sowohl durch die Skiaskopie, als auch durch die Autopsie bei der Operation überzeugt hat.

Als bestes Verfahren empfiehlt Maydl die Arthrotomie; sie lässt sich fast immer durchführen, schafft sozusagen ein normales Gelenk und bedingt keine Verkürzung der Extremität. Die primäre Resektion kommt nur in folgenden Fällen in Betracht:

1) bei ausgedehnter Destruktion der Gelenkflächen,
2) bei knöcherner Ankylose,
3) bei enormer Ossifikation der Gelenkkapsel,

4) bei mangelhafter Konsolidation des abgebrochenen Processus cubitalis,

und zwar bei knöcherner Ankylose die semiartikuläre Resektion des Humerus, sonst die totale Resektion.

Maydl operirte 9mal nach Trendelenburg-Völker (temporäre Resektion des Olekranon) und 17mal nach Hueter (2 Seitenschnitte); letztere Methode verdient den Vorzug bei Verrenkungen nach hinten, weil sie die Extension nicht behindert und frühzeitig passive Bewegungen gestattet. Man muss streng aseptisch vorgehen, die Gelenkflächen gründlich freilegen, mit passiven Bewegungen schon nach 10—14 Tagen beginnen und dieselben fleißig durch 3—4 Monate fortsetzen. H. konnte bei 20 Operirten das Resultat kontrolliren; in 10 Fällen war die Beweglichkeit fast normal, in den 10 anderen war die Beweglichkeit gering oder bestand Ankylose im rechten Winkel. **G. Mühlstein** (Prag).

---

15) **Lovett.** The treatment of psoas abscess by incision.
(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 20.)

Bei Kindern ist nach L. das beste Verfahren zur Heilung des Psoasabscesses eine Incision in der Leistengegend, Drainage mit Gummirohr (nicht Gaze) und von 2 oder 3 Tagen ab Aufsitzen des Kindes im Bett unter Schutz eines Gipskorsetts, baldmöglichstes Aufstehen, weil nur dadurch der Abfluss auch wirklich gewährleistet wird. Die Incision wird nur klein gemacht, das Innere des Abscesses gar nicht weiter beachtet oder höchstens mit Mull ausgewischt. Die statistischen Ergebnisse von 10 Jahren, in denen diese Behandlung ausschließlich geübt wurde an 54 Kranken, sind angeführt.

Trapp (Bückeburg).

---

16) **F. Bähr.** Kontusionsbrüche des Beckens.
(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 20.)

B. hat in dem Rekonvalescentenhause Hannover unter einer Reihe von Fällen, in denen von einem die Kreuzgegend treffenden Trauma nur subjektive Beschwerden zurückgeblieben waren, mehrfach solche beobachtet, bei denen eine deutliche Verdickung von größerem oder kleinerem Umfange am hinteren Darmbeinende, als Folge eines Kontusionsbruches des letzteren, nachzuweisen war. Die Schmerzen, welche Pat. nach derartigen Verletzungen haben, sind durch die Zugbelastung des Erector trunci bedingt. **Kramer** (Glogau).

---

17) **K. Ludloff.** Die Behandlung der tuberkulösen Coxitis.
(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 3.)

L. beschreibt ausführlich die Gesichtspunkte, nach welchen an der Königsberger chirurgischen Universitätsklinik die tuberkulöse Hüftgelenksentzündung behandelt wird. Die Röntgenphotographie

ist in der Beurtheilung der Erfolge und des Krankheitsbildes von großem Werthe gewesen. Meist hat das Skiagramm gezeigt, dass selbst bei den leichteren Fällen schwerwiegendere Veränderungen des Hüftgelenkes bestanden, als man nach dem sonstigen klinischen Bilde vermuthen konnte, dass insbesondere schon frühzeitig Knochenherde vorhanden waren.

Sehr energisch wendet sich Verf. gegen die Maßnahmen, welche im Allgemeinen zur Beseitigung der bei der tuberkulösen Coxitis auftretenden Kontraktur vorgenommen werden, insbesondere gegen das Redressement. Eine genauere Betrachtung der anatomischen Verhältnisse, der starken Hüftgelenksbänder, besonders des Ligamentum Bertini, zeigt ihm, dass ein Redressement nur möglich ist, wo die Kontraktur im frühen Anfangsstadium ausschließlich durch reaktive Entzündung in der Muskulatur bedingt ist. In den meisten Fällen aber ist die Kontraktur nicht durch Muskelkrämpfe hervorgerufen, sondern durch Gewebsschrumpfung der Kapsel, der Verstärkungsbänder und der Muskeln bedingt. Erreicht man bei diesen Verhältnissen mit Gewalt eine Korrektur, so ist dies nur mit Schädigung des Knochens, mit Aufrütteln des schlummernden tuberkulösen Processes möglich, und Fieber durch Wochen oder gar Miliartuberkulose und tuberkulöse Meningitis sind die Folgen des therapeutischen Eingriffes. Erst soll demnach der Process ausheilen, dann erst dürfen Stellungsverbesserungen vorgenommen werden. Nur bei Pat., welche eine so hochgradige Kontraktur haben, dass sie gar nicht gehen können, ist eine Korrektur derselben erlaubt, am besten nach Dollinger's Verfahren.

Die Resektion der Hüfte, welche unter den therapeutischen Maßnahmen auch heute noch eine große Rolle spielt, wird auf der v. Eiselsberg'schen Klinik nicht als eine allgemein zu verwendende Methode angesehen. Nur wenn bei lange bestehenden Fisteln Sekundärinfektionen auftreten, und längere Zeit hohes Fieber besteht, welches den konservativen Vornahmen widersteht, soll man ohne Zögern zur Resektion schreiten. Zur Vornahme von Stellungsverbesserungen ist die Resektion ganz zu verpönen; an ihre Stelle tritt Hoffa's subtrochantere schräge Osteotomie.

Auch die Extension mit Gewichten ist nach L.'s Anschauung nicht das zweckmäßigste Verfahren zur Heilung der Coxitis tuberculosa. Ihre Wirkung auf die Korrektur der Kontraktur wird überschätzt, eine totale Fixation wird durch sie nicht erreicht, wenigstens nur unvollkommen. Die besten Erfolge wurden dagegen mit dem Gipsverbande erzielt, welcher, als Gehverband angelegt, die Hüfte umschließt, nach oben bis an die Rippenbögen reicht und selbstverständlich die ganze Extremität einhüllt. In dieser mit dem Kappler'schen Bügel versehenen Gipshose gehen die Kranken herum, genießen den Vortheil der Bewegung im Freien und einer event. ambulatorischen Behandlung. Das Hüftgelenk wird auf diese Weise völlig entlastet und am raschesten geheilt. Diese Gipshose

ist auch den Schienenhülsenapparaten vorzuziehen, die an sich wegen der Kostspieligkeit nur in der besseren Praxis verwendbar sind. Der Gipsverband wird sehr lange, event. durch Monate hindurch getragen. Natürlich wird die eingegipste Extremität atrophisch; allein dieser Schaden ist durch geeignete Behandlung, Massage etc. zu repariren und kommt gegenüber der Lebensgefahr eines mit tuberkulösem Hüftgelenke Behafteten nicht in Frage. Unangenehm bei der Gipshose ist noch die Unmöglichkeit, das verbundene Bein zu säubern. Trotz alledem sieht L. die Behandlung mit dem Gipsverbande und dem Kappler'schen Bügel als die beste an, über die wir zur Zeit verfügen. Auch Patt. mit Fisteln erhalten einen solchen, der dann gefenstert werden muss. Auf diese Art ist nach vorhergegangener Auskratzung oder Spaltung neben der Fixirung noch die Behandlung mit Jodoform-Glycerininjektionen möglich. Diese letzteren Fälle werden anfänglich mit Bettruhe behandelt. Die Gipshose wird im Allgemeinen abgenommen, wenn völlige Schmerzlosigkeit zu konstatiren ist; dann soll noch über Jahre hinaus ein abnehmbarer fixirender Apparat getragen werden. Daneben werden Soolbäder gegeben und der allgemeine Kräftezustand gehoben.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

18) **A. Stieda.** Zur Coxa vara.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 3.)

Verf. beschreibt eine Reihe von Fällen, bei denen die in der Überschrift genannte Krankheit bestand.

Er beschäftigt sich mit dem Verhältnis der Coxa vara zu Traumen, das in letzter Zeit mehrfach in der Litteratur behandelt wurde. Er schließt sich der Ansicht Kredel's an, welcher gegenüber Sprengel dem Trauma als einem neuen und ausschlaggebenden Faktor in der Ätiologie des Leidens keine Rolle zuweisen kann. Auch hält er es nicht für richtig, den der Coxa vara analogen Veränderungen durch Schenkelhalsbrüche oder Epiphysenlösungen, wie dies z. B. Rammstedt thut, den Namen Coxa vara statica zu geben. Nach Analogie mit der traumatischen Kyphose könnte man hier eher von einer traumatischen Coxa vara sprechen. Jedenfalls aber ist die Bezeichnung Coxa vara schlechtweg nur denjenigen Fällen zuzuertheilen, bei denen es sich um eine wenn auch zur Zeit noch nicht näher bekannte malacische Erkrankung der knöchernen Gelenkenden der Hüfte in der Wachsthumsperiode handelt, analog dem Genu valgum und der Skoliose.

Gegen die Auffassung des Leidens als eine rachitische Deformität sprechen nach S.'s Ansicht die Muskelkrämpfe und die gesteigerten Patellarreflexe; das Vorkommen und die Entstehung derselben finden in der Arbeit eine nähere Besprechung. Die Steigerung der Sehnenreflexe war besonders in 2 näher angeführten Fällen deutlich ausgesprochen, bei denen auch eine gleichzeitige Komplikation mit

Arthritis 1mal im Kniegelenke, 1mal im Hüftgelenke bestand. Im ersten Falle ist die Arthritis als Theilerscheinung des Allgemeinleidens, im zweiten als Folgeerscheinung der Varusdeformität aufgefasst.

Bezüglich der Natur des Krankheitsprocesses und der Ätiologie weist S. auf den event. Zusammenhang mit der sog. lymphatisch-chlorotischen Konstitution, der Hyperplasie der Rachenmandeln und mit Störungen der Schilddrüsenfunktion hin.

Die Therapie der Krankheit soll eine allgemeine sein, bei der Phosphorleberthran und Salzbäder obenan stehen; ferner eine lokale, bei der Vermeidung von Belastung des kranken Gliedes und Extension die Hauptrolle spielen. Die operative Behandlung kommt nur für hochgradige Fälle in Betracht. Auch sie führt dann nicht immer zu dem gewünschten Erfolge. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

19) **A. F. Barker.** Zur Frage der Patellarnaht.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 3.)

B. ist bei den Kniescheibenbrüchen ein Anhänger der Nahtmethode. Er näht sie principiell alle in den ersten Stunden nach der Verletzung, wenn es Pat. zulässt. Seine Nahtmethode ist etwa folgende. Das Lig. patellae wird unterhalb des peripheren Bruchstückes links bis an dieses selbst heran in seiner Mitte längs durchschnitten, dadurch das Gelenk eröffnet und flüssiges und halbgeronnenes Blut herausgelassen. Dann wird durch diesen Schnitt eine dicke dazu bestimmte Nadel hinter den beiden Bruchstücken der Kniescheibe eingeführt und oberhalb des proximalen Fragments gegen die Haut gedrängt. Dort wird auf die Nadel incidirt, diese mit einem Silber- oder Aluminiumbroncedraht armirt und mit diesem so zurückgezogen, dass der Draht jetzt hinter den Bruchstücken liegen bleibt und zu beiden Schnittöffnungen heraussieht. Die Nadel wird dann durch den unteren Hautschnitt neu eingeführt, über die Vorderfläche beider Fragmente durchgezogen und wieder zur oberen Incision herausgeführt. Dort wird sie mit dem oberen Drahtende verknüpft und dieses jetzt mit der Nadel nach unten durchgezogen. Der Draht, welcher so die Fragmente umschlingt, dient dazu, dieselben fest gegen einander zu fixiren, was natürlich durch die Assistentenhände erleichtert wird. Der Draht wird geknotet, abgeschnitten, und dann werden beide kleinen Schnittöffnungen mit Kollodium verklebt. Eine Schiene ist nicht erforderlich. Von Anfang an werden leichte Bewegungen gemacht, nach 8 Tagen wird massirt. Von der 2. Woche an werden aktive Bewegungen versucht, und am Ende des 1. Monats ist der Pat. im Stande, ohne Stock herumzugehen. In den meisten Fällen wird vom Draht nichts verspürt, doch wurde er einige Male unter Eucainanästhesie entfernt, weil er Stechen veranlasste.

Die beschriebene Operation hat dem Verf. dieselben Resultate gezeitigt wie die offene Freilegung der Bruchstücke, der gegenüber sie den Vorzug geringerer Gefahr und kürzerer Narkose bietet. Der Eingriff dauerte oft nur 5—10 Minuten. B. hat ihn in 21 Fällen gemacht.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

20) **Honsell.** Über die Spontanheilung des Genu valgum.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 3.)

H. berichtet über eine Reihe von Nachuntersuchungen nicht behandelter Fälle von Genu valgum adolescentium aus der v. Bruns-schen Klinik. Es wurden 12 Fälle untersucht, welche im Alter von 15 bis 22 Jahren in die Behandlung traten. Die Nachuntersuchung wurde $4^1/_2$ bis 14 Jahre nach der Behandlung vorgenommen. Bei 9 Pat. war wegen hochgradiger Deformität auf einer Seite die Osteotomie oder Osteoklase am Femur vorgenommen worden, während auf der anderen Seite keine Therapie eingeleitet wurde.

Es handelte sich demnach in den meisten Fällen um Genua valga mittleren oder geringeren Grades einer Seite. Alle haben nach mehr oder weniger langer Pause den alten Beruf wieder aufgenommen. In keinem Falle ist eine Verschlimmerung eingetreten, vielmehr wurde in 6 Fällen von 12 eine entschiedene Besserung konstatirt, die in einigen Fällen bis zur völligen Geraderichtung geführt hat. H. glaubt somit den Beweis gebracht zu haben, dass auch das Genu valgum des Jünglingsalters einer spontanen Rückbildung fähig ist.

Er fordert zu weiteren Nachuntersuchungen auf und hofft, dass die Grenzen der operativen Therapie sich enger ziehen lassen und wir uns in manchen Fällen auf zeitweilige Vermeidung der äußeren Schädlichkeiten, Hebung des Allgemeinbefindens und Kräftigung der Muskulatur beschränken können.

Drehmann (Breslau).

---

21) **Karewski** (Berlin). Zur Behandlung der Hammerzehe.

(Therapie der Gegenwart 1901. Mai.)

Zur Behandlung der Hammerzehe — deren Zustandekommen nicht durch die Kontraktion der Beugesehne allein, sondern durch Missbildung der Grund- und 2. Phalanx bewirkt wird, die »dorsalwärts länger sind, als plantarwärts« — empfiehlt K. die Arthrodese des Gelenkes in Normalstellung: Plantarschnitt; nach Durchschneidung der Beugesehne Eröffnung des Gelenkes und Resektion.

Gross (Jena).



Kleinere Mittheilungen.

22) **N. N. Michailow.** Über das sog. Lipoma arborescens.

(Russ. Archiv der Pathologie, klin. Medicin und Bakteriologie 1901.)

Das Lipoma arborescens ist keine lipomatöse Geschwulst. Die verzweigten Gewächse entstehen aus einer entzündlichen chronischen Hyperplasie der Zotten der Synovialmembran; die häufigste Ursache dieser Entzündung ist in einer langsamen Wirkung von tuberkulösen Toxinen zu suchen. Verf. beschreibt einen seltenen Fall (den 7. in der Litteratur) von der Operation eines solchen Lipoms, das sich bei einem Manne von 32 Jahren in der Gefäßscheide des M. extensor carpi radialis entwickelt hatte. Die lipomatösen Massen wurden mit Messer und Schere, zum Theil mit dem Löffel entfernt, die Höhle mit Chlorzink ausgewischt. Heilung. 2 Abbildungen zeigen Stückchen der hyperplasischen Zotten.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

23) **C. Gömöry.** Beitrag zur Kenntnis der chronischen multiplen, recidivirenden Knochenentzündung der Perlmutterdrechsler.

(Wiener med. Wochenschrift 1901. No. 13 u. 14.)

Zu dem im Ganzen sehr selten beobachteten Kranheitsbilde der Perlmutterdrechslerknochenentzündung — bis jetzt 31 Fälle — giebt der Autor neben einem kurzen Überblicke über den jetzigen Stand der Frage einen kasuistischen Beitrag. Es handelt sich um einen jetzt 21jährigen, zum Militär eingezogenen Mann, welcher im 14. Lebensjahre in Wien als Lehrjunge in eine Drechslerei eingetreten war, und schon 3 Monate darauf am Fuße die typische schmerzhafte, weiche, dann harte Schwellung an der Diaphyse mit allmählichem Zurückgehen derselben bekam. Dann erkrankten nach einander der rechte Vorderarm, der linke Handrücken. 4jähriges Aussetzen der Arbeit unter voller Gesundheit, dann 3 Monate nach Wiedereintritt in seine Werkstätte Erkranken der rechten mit Überwandern auf die linke Unterkieferhälfte, dann des linken Oberschenkels, des rechten Schlüsselbeines und des rechten Schulterblattes. Neu bei der Beobachtung ist die Untersuchung mittels Röntgenstrahlen, welche aber nur undeutliche Bilder von den Anschwellungen der zuletzt befallenen Knochen lieferten, die früher erkrankten aber entsprechend auch dem Palpationsbefunde als wieder normal geformt erkennen ließen. Auch die histologische Untersuchung von einem Probestücke aus der Schulterblattschwellung ergab keine wesentlichen Aufschlüsse, höchstens das Fehlen von Konchiolingebilden. **Herm. Frank** (Berlin).

24) **E. Faliocchio.** Plusieurs cas d'ostéo-arthrite, d'ostéite et d'abcès tuberculeux traités par la méthode de Trunececk.

(Pratica del med. 1901. No. 1.)

Verf. behandelte 28 Fälle mit Einspritzungen der Trunececk'schen Lösung (Natriumsulphat 15,46, Chlornatrium 16,4, Natriumphosphat 0,5, kohlensaures Natrium 0,7, Kaliumsulphat 0,94, Wasser 80) in die bestehenden Fistelgänge, welche alle 4—6 Wochen wiederholt wurden. Die Sekretion versiegte danach rasch, 19 Pat. wurden geheilt, die übrigen gebessert. **Mohr** (Bielefeld).

25) **K. Shusslow.** Fall von Serotherapie bei Streptokokkenosteomyelitis.

(Chirurgia Bd. VI. p. 570. [Russisch.])

Ins Kiewsche Kriegshospital war ein tatarischer Kosak mit einer Osteomyelitis am Unterschenkel eingetreten, welche eine totale Aufmeißelung der Tibia und eine Arthrotomie des Kniegelenkes nothwendig machte. Der ganze Mark-

raum war mit Eiter angefüllt. Sowohl im mikroskopischen Präparate, als durch Kulturen wurden Streptokokken festgestellt. Nach der Operation trat jedoch keine Besserung ein, die Temperatur bleibt hoch, die Zunge trocken und belegt, der Kranke ist benommen, delirirt und reißt den Verband herunter.

Der Zustand wird von den konsultirenden Ärzten als hoffnungslos angesehen. Da rieth Prof. Bornhaupt dem Autor, das Marmorek'sche Streptokokkenserum zu versuchen, welches im Kiewschen bakteriologischen Institute von Dr. Neschtschadimenko bereitet war. Im Laufe von 6 Tagen wurden im Ganzen 210,0 g Serum, von 10—50 g täglich, eingespritzt. Das Allgemeinbefinden besserte sich bald, das Bewusstsein kehrte zurück, der Kranke fing an zu essen, die Temperatur blieb aber hoch. Kurz, der lokale Process wurde nicht im Geringsten durch die Einspritzung beeinflusst, und um den trotz weiterer Fortsetzung der Serumbehandlung wieder immer mehr verfallenden Kranken zu retten, wurde die Amputation am Oberschenkel gemacht.

S. hebt mit Recht hervor, dass dieser eine Fall nichts für oder gegen die Serumtherapie beweisen kann, um so weniger, als hierbei Alles darauf ankommt, ob die Streptokokken des Krankheitsfalles und des Serums identisch waren oder nicht, eine Frage, welche der Serumbehandlung der Erkrankungen durch Streptokokken große Schwierigkeit bereitet. **Egbert Braatz** (Königsberg i/Pr.).

26) Da Costa. A case of sarcoma of the thigh, for which disarticulation was performed trough the hip-joint, with the formation of a posterior flap.

(Amer. journ. of the med. sciences 1900. März.)

Das Interessante des Falles liegt in der Operationsmethode. Die große, ulcerirte und blutende Geschwulst nahm bei dem 15jährigen Mädchen die Vorderfläche des rechten Oberschenkels ein und reichte bis zum Poupart'schen Bande, so dass keine der gewöhnlichen Methoden der Lappenbildung und Blutstillung in Frage kommen konnte. Letztere wurde nach dem Vorgange von McBurney von einem Assistenten in der Weise ausgeführt, dass er den Bauch öffnete und die Art. und Vena iliaca fest gegen den Psoasmuskel komprimirte. Die Operation wurde dann unter Bildung eines großen hinteren Lappens rasch und ohne Blutverlust fortgeführt; die Exartikulation gelang sehr leicht, Drüsen wurden mit entfernt. In den hinteren Lappen, der die Muskulatur mit enthielt, wurde ein Knopfloch zur Drainage geschnitten, ein drainirender Gazestreifen in die Gelenkpfanne eingeführt. Die Heilung erfolgte in den inneren $^2/_3$ der Wunde anstandslos, das äußere Drittel wurde durch die Schwere des Lappens wieder aufgerissen und heilte sekundär. Leider trat schon vor vollendeter Heilung das Recidiv auf, dem die Pat. bald erlag. Es handelte sich um ein Rundzellensarkom.

R. v. Hippel (Kassel).

27) P. Fredet. Corps étranger ostéo-cartilagineux du genou d'origine traumatique.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris T. III. No. 1.)

Das operativ entfernte Corpus al. mob. hatte die beträchtliche Größe von 3 bezw. 3,5 cm und besaß eine rauhe Fläche mit mikroskopisch nachgewiesenen Knochentheilchen in der Mitte. Es ist ein Sprengstück, welches sich in 2 Malen abgelöst hat; zuerst durch einen Fall aufs Knie vielleicht abgespaltet, brach es 2 Monate später beim Aufrichten aus sitzender Stellung völlig los.

Christel (Metz).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 33. Sonnabend, den 17. August. 1901.

Eine neue Oberarmfrakturenschiene mit Extension in der Schiene.

Von

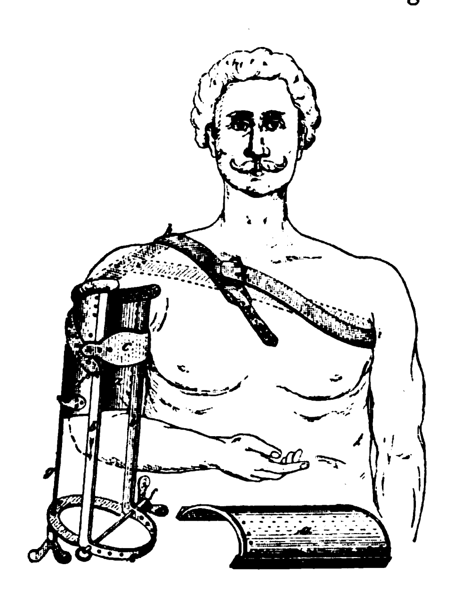
Dr. **Popper** in Hamburg.

Die Behandlung der Oberarmbrüche mit Extension lässt noch Vieles zu wünschen übrig. Eine Extension des frakturirten Humerus konnte nur in dem Falle dauernd gleichmäßig wirken, wenn der Kranke das Bett hütete; denn das Anhängen von Gewichten in Extension, das zu gleicher Zeit mit dem Tragen einer Mitella geübt wird, bedarf so der ständigen Kontrolle und hat so mancherlei Nachtheile, dass es nicht als ein Verfahren von allgemeiner Anerkennung gelten dürfte. Ich habe nun seit Langem danach gestrebt, mit Einhaltung möglichster Einfachheit eine Schiene für Oberarmbrüche zu konstruiren, die das wichtige Princip der Extension aufrecht erhält, das wir, wie ich glaube, nicht mehr bei Oberarmbrüchen missen

können, dabei aber eben diese Extension in sich selbst trägt durch Anwendung von einem Schraubengewinde. Die Einfachheit des Princips, die leichte Anlegbarkeit und die bei richtiger Benutzung in die Augen springenden Vortheile der Schiene werden ihr bald Eingang und Benutzung durch die Herren Kollegen verschaffen.

In der beifolgenden Skizze findet sich die Schiene. Sie besteht aus dem Haupttheile *a*, in dessen Endigungen bei *b* Schienenstäbe eingelassen sind, die sich durch Drehungen des Schraubengewindes *g* in der Pfeilrichtung nach oben oder unten verschieben lassen. Diese eingelassenen Theile endigen in einem ovalen Stücke bei *e*, das mehrfach in verschiedener Höhe durch Löcher durchbrochen ist, in die sich der Stift *f* in beliebiger Höhe einstellen lässt. Bei *c* trägt die Schiene Querbefestigungsgurte und bei *d* einen Gurt zur Befestigung auf der Schulter, wie es aus der Abbildung leicht ersichtlich.

Der Modus der Behandlung ist nun folgender:



2 Heftpflasterstreifen wie zur gewöhnlichen Extension werden der Fraktur entsprechend am Oberarme fixirt. Die Schleife der Extension hängt nach unten über das Ellbogengelenk. Jetzt wird der Stift bei *f* aus der Schiene entfernt, der Oberarm auf sie gelegt, bei *c* und *d* und *h* fixirt (auf der flachen Schiene). Der Stift *f* wird nun durch die Schleife der Extension gesteckt. Dabei steht *e* ziemlich nahe zu *a*. Jetzt befindet sich also die Extension auf *f*. Nun wird durch Drehungen des Schraubengewindes *g* der Stift *f* nach Wunsch weit oder nicht weit von *a* entfernt, also die Extension verstärkt. Man kann so die Extension in Höhe (Löcher bei *e*) und Stärke reguliren. Die Stärke ist auf eine große Höhe zu bringen, mindestens auf die Stärke der Gewichte, die wir seither angewandt haben.

Die Extension wirkt so gleichmäßig, hält sich vorzüglich und ist sehr einfach anzulegen. Der Vorderarm wird flektirt gehalten und ruht in einer Mitella.

Die Heilung erfolgt ohne Störung. Die Schiene ist im Übrigen im Haupttheile ziemlich flach gehalten, um den Cubitalwinkel im flektirten Vorderarme nicht störend bei der Anlegung in die Erscheinung treten zu lassen.

Die Firmen Evens & Pistor in Kassel und Dr. Block & Cie. in Bodenbach (Böhmen) und Budapest haben den Vertrieb der Schiene

übernommen. Die Schiene wird in 2 Größen angefertigt werden, kann aber auch gut in einer Form als Universalschiene dienen.

---

1) **Tillmanns.** Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie. Achte, verbesserte und vermehrte Auflage.

Leipzig, **Veit & Comp.**, 1901.

Der vor Kurzem erschienenen und in No. 19 d. Bl. besprochenen Neuauflage des Lehrbuches der speciellen Chirurgie folgt des Verf.s allgemeine Chirurgie in der nothwendig gewordenen Verbesserung bereits in 8. Auflage auf dem Fuße. Auch hier sind fast alle Abschnitte ergänzt, einige umgearbeitet worden, entsprechend den vielen Bereicherungen auf dem weitverzweigten Gebiete der chirurgischen Wissenschaft, die uns die fleißigen Untersuchungen der letzten 2 bis 3 Jahre gebracht haben; wir brauchen nur auf die Kapitel über die bakteriellen Erkrankungen hinzuweisen. Neu hinzugefügt ist eine kurze Abhandlung über die Pest.

Durch entsprechende Kürzungen ist die Vermehrung der Seitenzahl nicht sehr wesentlich geworden. Die Zahl der Abbildungen ist von 516 auf 561 gestiegen.

Was über den Werth des T.'schen Lehrbuches bereits bei der Besprechung des speciellen Theiles gesagt wurde, das bezieht sich voll und ganz auch auf den allgemeinen Theil, der des ersteren nothwendige Ergänzung bildet. **Reichard** (Magdeburg).

2) **B. H. Buxton.** Giant cells.

(Journ. of cutan. and genito-urin. diseases Vol. XIX. No. 1.)

Während die Anschauungen über die Entwicklung der Riesenzellen im Anfangsstadium aus einander gehen: die Einen eine mitotische Theilung mit Neigung zu multipolarer oder anderer unregelmäßiger Form annehmen, die Anderen (Marchand) Mitose nie beobachteten, stimmen Alle darin überein, dass nach dem Entstehen zahlreicher Kerne und fertiger Ausgestaltung einer Riesenzelle eine weitere Theilung nur auf dem Wege von Amitosis vor sich geht. Vielkernige Riesenzellen sind als ein Syncytium aufzufassen, welches einem schnellen Verfalle entgegengeht. Bei der Kernvertheilung ist entweder eine centrale oder unregelmäßige Gruppirung, der myeloide Typus, zu beobachten, und zwar sowohl in physiologischen als auch pathologischen Processen, oder eine periphere Gruppirung um den Rand oder an den Polen der Zelle, und zwar wie in pathologischen Processen. Die physiologischen Riesenzellen, welche bei der Knochenbildung (als Myeloplasten oder Osteoklasten) oder bei der Einpflanzung von Fremdkörpern in Gewebe zu beobachten sind, entstehen dadurch, dass Granulationszellen an den Knochen oder Fremdkörper durch immer üppiger sich vermehrende Zellmassen fest angepresst werden. Diese Anpressung verhindert eine normale Ernährung und ruft eine abnorme Kern- und unvollständige Zelltheilung hervor.

Bei der Tuberkulose und ähnlichen mit Riesenzellenbildung verlaufenden Infektionskrankheiten bilden der zum Stillstehen gelangte Tuberkelbacillus und seine Toxine die Ursache der mangelhaften Ernährung derjenigen Granulationszellen, welche den Bacillus zunächst umgeben, und somit einer normalen Granulationszellentheilung. Je mehr Bacillen sich entwickeln, je mehr Toxine erzeugt werden, um so ausgiebiger wird die Zerstörung des Zellcentrums, um so deutlicher die periphere Anordnung der Zellkerne.

Bei Myelosarkomen sind die Riesenzellen der Ausdruck der Knochenauflösung, haben auf die weitere Geschwulstentwicklung aber keinen Einfluss. **Chotzen** (Breslau).

3) **H. R. Gaylord.** The protozoon of cancer. A preliminary report based upon three years' work in the New York state pathological laboratory of the university of Buffalo.

(Amer. journ. of the med. sciences 1901. Mai.)

Vorliegende Arbeit nimmt zweifellos in der immer schwerer zu übersehenden Carcinomlitteratur eine hervorragende Stelle ein. Den Ausgangspunkt der Untersuchungen und Experimente bildete folgende Beobachtung:

Es handelte sich um einen Fall von Adenocarcinom der Bauchhöhle, wahrscheinlich ausgehend vom Wurmfortsatze, mit Generalisation über den größten Theil von Bauchfell, Netz und Gekröse. Der größere Theil der Geschwulstmassen war schleimig entartet, die Bauchhöhle mit klarer, strohfarbener Flüssigkeit gefüllt. Nach aseptischer Laparotomie wurde von dieser Flüssigkeit ein Quantum aseptisch aufgefangen und zur Kontrolle ein Theil derselben aufgehoben, der bei 13tägiger Beobachtung steril blieb. In dieser Flüssigkeit fand sich eine große Menge kleiner hyaliner Körper, die bei Beobachtung unter dem Mikroskop wuchsen, ihre Form änderten und einen Entwicklungscyklus durchmachten bis zu einem anscheinend sporenbildenden Stadium. Von dieser Flüssigkeit wurde einem Hunde und einem Meerschweinchen in die Bauchhöhle, einem anderen Meerschweinchen in die Jugularvene verimpft. Die beiden ersteren bekamen zwar keine Geschwülste, aber eine exsudative Peritonitis mit Vergrößerung der regionären Lymphdrüsen, und in dem Exsudat konnten die verschiedenen Entwicklungsformen der Parasiten nachgewiesen werden. Deckglaspräparate von der Flüssigkeit, die 3 bis 4 Tage im Brutschranke aufbewahrt wurden, ließen die Entwicklung von der kleinen hyalinen Form zu den verschiedenen anderen Stufen deutlich erkennen, und besonders interessant war es, in einem Präparate eine Anzahl der Organismen zu finden, die lange Pseudopodien gegen eine benachbarte Luftblase ausstreckten.

Das in die Jugularvene injicirte Thier wurde am 50. Tage getödtet. Bei der Sektion fanden sich in den Lungen kleine weiße Knötchen, die bei der mikroskopischen Untersuchung sich als be-

ginnende Herde eines Adenocarcinoms erwiesen. In den Geschwulstzellen und in den Zellen der vergrößerten Follikel der Milz fanden sich Körperchen, die durchaus den Russel'schen Fuchsinkörperchen glichen, in den perivaskulären Lymphscheiden der Lunge die halbausgewachsenen Organismen in großer Zahl.

In frischem Zustande betrachtet gleichen die kleinen sphärischen Körperchen außerordentlich Fett-Tröpfchen, unterscheiden sich aber dadurch, dass sie von Äther nicht gelöst werden und sich mit Osmiumsäure nicht schwärzen. Diese Körperchen können in allen bösartigen Geschwülsten gefunden werden, besonders zahlreich in den weichen, rasch wachsenden Formen. Kleine Geschwülste enthalten in der Regel die kleinere Form des Organismus. Die Geschwülste und Organe von Leichen solcher Pat., die an Carcinom oder Sarkom gestorben waren, zeigten die Organismen in großer Zahl und in allen Stadien der Entwicklung. Verglich man durch Operation und aus Leichen entnommene Geschwülste, so zeigte es sich, dass die Organismen entweder kurz vor dem Tode sehr schnell wachsen oder in den Geweben postmortal proliferiren. Von 2 großen Tumoren, die unmittelbar nach der Operation vorwiegend die kleine Form des Organismus enthielten, wurden Stücke steril aufgehoben und in zunehmenden Zeitintervallen Abkratzpräparate davon gemacht. Dabei zeigte sich, dass die Organismen sich schrittweise vergrößerten. Nach 10 Stunden hatten sich die amöboiden Formen erheblich vermehrt, nach 24 Stunden fanden sich Sporensäcke in großer Zahl. Diese wurden bei weiterer Beobachtung durch Gruppen von hyalinen Körpern ersetzt, die erheblich größer waren, als die ursprünglich in den Säcken enthaltenen. — Nach dieser Beobachtung ist G. der Ansicht, dass die sog. fettige Degeneration des Carcinoms wenigstens zum Theil auf der Gegenwart der verschiedenen Formen des Organismus beruht, die für Fett-Tröpfchen und fettig degenerirte Krebszellen missdeutet wurden. Auch die sog. Krebsmilch besteht in der That aus einer Reinkultur dieser Organismen. Eben so besteht die Flüssigkeit bösartiger Eierstockskystome und der Brei in den Hohlräumen gewisser Adenocarcinome der Ovarien zum großen Theile aus den verschiedenen Formen dieser Organismen.

Die weiteren Untersuchungen ergaben, dass alle Organe — einschließlich Blut — von Krebs- und Sarkomleichen die Organismen in großer Zahl enthalten. Eben so fanden sich in allen Fällen von Carcinom und Sarkom, in denen deutliche Kachexie bestand, die Organismen, besonders die jungen Formen, regelmäßig während des Lebens im Blute.

Auffallend war der große Unterschied in der Zahl der Organismen im frischen Präparate und in Schnitten. Dies erklärt sich dadurch, dass die gewöhnlichen Fixationsmethoden nur die kleinen, resistenten Formen, die den Russell'schen Fuchsinkörperchen gleichen, nicht zerstören und dass auch nur diese mit Anilinfarben sich färben.

Zur Entscheidung der Frage, welche Stellung diese Organismen gegenüber den von Plimmer beschriebenen Körperchen einnehmen, wurde die Plimmer'sche Methode der Fixation und Färbung auf sie angewandt und dabei gefunden, dass sie die souveräne Methode für die Darstellung der Organismen im Schnitte ist, und dass Plimmer's und Russel's Körperchen mit gewissen Entwicklungsstufen des G.'schen Organismus identisch sind. Mit dem »Saccharomyces neoformans« Sanfelice's hat derselbe nichts zu thun, G. stellt ihn vielmehr zu den Protozoen, und zwar zu derselben Gruppe mit dem Vaccine-Organismus.

Weitere ausgedehnte Versuche bezogen sich auf die Kultivirbarkeit des Organismus, wobei sich als das geeignetste Nährmedium die von Celli zur Kultivirung der Amöben empfohlene Fucus crispus-Bouillon erwies.

Zahlreiche Thierversuche zeigten weiter, dass der Organismus beim Durchgange durch den Thierkörper virulenter wird. In fast allen Fällen wurden bei den gestorbenen Thieren die Peritonealflüssigkeit, die Organe und das Blut untersucht und regelmäßig große Mengen des Organismus darin gefunden. 2 Meerschweinchen und 2 Kaninchen, denen Peritonealflüssigkeit in die Jugularvene injicirt wurde, zeigten besonders in der Umgebung der Bronchien lokalisirte weiße Knötchen in den Lungen, die sich mikroskopisch als beginnende multiple Adenocarcinome der Bronchien erwiesen. Die Geschwulstzellen enthielten die charakteristischen Organismen.

Da neben dem Hervorgehobenen die Arbeit noch eine Fülle interessanter Einzelheiten enthält, die Befunde auch durch treffliche Mikrophotogramme illustrirt sind, können wir die Lektüre des Originals nur aufs wärmste empfehlen. **R. v. Hippel** (Kassel).

4) **M. Schueller.** Die Parasiten im Krebs und Sarkom des Menschen.

Jena, **Gustav Fischer,** 1901.

Die heutigen Entdecker von Carcinom- und Sarkomparasiten haben einen schweren Stand, indem sie das gewaltige Misstrauen zu überwinden haben, welches wohl Jeder nach den bisherigen Erfahrungen den neu entdeckten Erregern dieser beiden Geschwulstarten entgegenbringt. Thatsächlich hat bisher kein Krebsparasit den Nachuntersuchungen Stand gehalten, wenn auch die Beschreibung des Parasiten und seiner Wirkung durch den Entdecker noch so überzeugend klang. Der Ref. dieser Arbeit muss sich zunächst auf eine ganz objektive Darstellung beschränken, da der Autor neue, zum Theil unbekannte Wege beschreitet, die Kritik bleibt dann der Nachuntersuchung überlassen.

Von den bisherigen Arbeiten auf diesem Gebiete hält S. nicht viel, er sagt, dass ein Theil dieser Arbeiten »in leichtsinnigster Weise« unternommen wurde, dass die Kulturen und Übertragungen

nicht gelangen, weil bei ihnen »die allerersten Grundbedingungen ganz außer Acht gelassen wurden«. Nach seiner Meinung muss jeder Untersucher zunächst seine Studien an Kulturen machen, um das kennen zu lernen, was er in den mikroskopischen Gewebspräparaten dann zu suchen hat. So beginnt denn S. seine Monographie zunächst mit den Kulturversuchen. Als unerlässlich für das Gelingen der Kultur fordert er, dass die bei der Operation gewonnene Neubildung lebenswarm gehalten wird; unter peinlichen aseptischen Vorsichtsmaßregeln entnimmt er Partien aus der Mitte der Geschwulst, bringt diese in luftdicht abschließbare sterilisirte Glasgefäße und bewahrt nun diese im Thermostaten bei 37,5° auf. Schon nach wenigen Tagen sieht man in der Umgebung des Präparates kleine, feinste Körnchen an der Glaswand hängen. Untersucht man diese, so findet man relativ große, runde, oder ovale, oder auch mehreckige, blasige Kapseln mit goldgelbem Inhalt und hellerer stark lichtbrechender, anscheinend von feinen Poren durchsetzter Wand, außerdem aber finden sich daneben, einzeln oder in Konglomeraten zusammenhängend, mehr oder weniger reichlich sehr viel kleinere, runde, kuglige Körperchen von meist dunkler grüngelblicher oder grünbräunlicher Farbe, welche bei durchfallendem Lichte stark goldig erglänzen und mit einem Strahlensaum umgeben sind. Diese letzteren sind Jugendformen, die sich in den Kapseln bilden, frei werden und allmählich zu großen Kapseln auswachsen.

Die jugendlichen Individuen haben eine mit feinen Borsten besetzte Hülle, Protoplasma, und einen eckigen oder ovalen Kern. Die Borsten sind fast stets in flottirender Bewegung, halten kleine durch den Flüssigkeitsstrom vorbeigeführte Körnchen fest. Formenveränderungen, minimale Ortsbewegungen scheinen die Zellen vornehmen zu können. Die durch Einwirkung von absolutem Alkohol, 50° heißem Wasser, Sublimat hervorgerufene Quellung resp. Schrumpfung scheinen nach Ansicht des Ref. keine besonderen Charakteristica dieser Art Zellen zu sein. Die goldgelbe bis braungelbe Färbung der Parasiten wird nach S.'s Ansicht durch eisenhaltiges Pigment bedingt, da die Reaktion auf Hämosiderine (Ferrocyankalium und Salzsäure) positiv ausfällt. Die Carcinom- und Sarkomparasiten unterscheiden sich hauptsächlich in den jugendlichen Formen. Die Farbe der Organismen ist bei Sarkomkulturen heller; die Carcinomkulturen zeichnen sich durch runde oder ovale Formen aus, während man bei Sarkomparasiten viel mehr Unregelmäßigkeit, eckige unregelmäßig verzogene Formen, findet.

»Besonders aber, sagt S., ist geradezu charakteristisch das Auftreten der jungen Formen in Sarkomkulturen, indem nämlich stets neben größeren und mittleren jungen Organismen außerordentlich viele Formen von den allerkleinsten Dimensionen (selbst bei 1000facher Vergrößerung) vorkommen, dass überhaupt ein enormer Größenunterschied zwischen den in einer Kultur vorkommenden jungen Organismen zu konstatiren ist. Dagegen sind bei den

Carcinomkulturen die Größenunterschiede weit geringer, es kommen vorwiegend gleichmäßige Formen vor und fehlen meist die allerkleinsten fast vollständig, sind jedenfalls niemals in solcher Zahl vorhanden, dass sie auf den Eindruck der Kultur maßgebend sein können.«

Nach diesen Vorstudien an den Kulturen wandte sich S. zur Untersuchung an lebenden und todten Geweben und konnte seiner Meinung nach dieselben Parasiten in all ihren Formen darin nachweisen. Dass die bisherigen Forscher die zum Theil in sehr großen Mengen vorkommenden Parasiten nicht gesehen haben, liegt nach S.'s Ansicht an den bisherigen Behandlungsmethoden der Präparate, insbesondere den Färbemethoden, durch die die Charakteristica der Zellen verdeckt werden. Seine Behandlungsmethode des frischen Gewebes ist jedenfalls nicht einwandsfrei. S. entwässert ohne vorherige Färbung das lebenswarme Gewebsstückchen mit absolutem Alkohol, hellt dasselbe mit ätherischem Öl auf und bettet es in Balsam ein. Die Behandlung frischer Gewebe sofort mit absolutem Alkohol ist wenigstens für feinere Präparate bisher nicht so üblich gewesen, da die Zellen dadurch außerordentlich verändert werden, und sie nimmt hier um so mehr Wunder, als S. vorher selbst angiebt, dass ein Tropfen absoluten Alkohols die Parasiten der Kultur tödtet und völlig verzerrt. Auch die Mikrotomschnitte (Celloidineinbettung) behandelt er am liebsten eben so; einige Vorschriften für Tinktionen (besonders Hämatoxilinalaun) fügt er bei.

Es würde nun zu weit führen, alle die Einzelheiten des Parasitenfundes in den Geschwülsten selbst anzuführen, es muss in dieser Beziehung auf das Original verwiesen werden. S. hat in allen Carcinomen (auch in den Epithelperlen und Verhornungskugeln) und Sarkomen seine Parasiten gefunden.

Über die Invasion der Parasiten in den menschlichen Organismus hat er sich die Ansicht gebildet, dass dieselben in den bei Weitem meisten Fällen von der Oberfläche nach der Tiefe gingen; Traumen, Risse der Deckschicht, pathologische Unebenheiten begünstigen seiner Ansicht nach das Eindringen. In Fällen, in denen ein derartiger Infektionsmodus unmöglich erscheint (z. B. beim myelogenen Sarkom), muss eine Infektion auf dem Blutwege angenommen werden; wie die Parasiten in das Blut gelangen, ist unbekannt.

Im Anschlusse an diese Untersuchungen theilt S. dann seine Erfahrungen über Thierversuche mit; vermittels seiner Kulturen (nicht Gewebsimplantation) gelang es ihm, Carcinom im Thierkörper zu erzeugen, ja die entstandenen Geschwülste setzten sogar Lymphdrüsenmetastasen in der nächsten Umgebung. Er inficirte an Kaninchen Niere, Nebenniere, Leber, Darm, Pankreas etc. Die Geschwülste zeigten denselben Bau und das Wachsthum wie die ursprünglichen Geschwülste (Epithelperlen bildeten sich auch).

In welche Klasse die Parasiten biologisch gehören, vermag S. nicht anzugeben, er vermuthet, dass es sich nicht um pflanzliche, sondern thierische Organismen handelt. **H. Wagner** (Breslau).

5) **J. G. Adami.** An adress on the causation of cancerous and other new growths.

(Brit. med. journ. 1901. März 16.)

Indem A. von der Anschauung ausgeht, dass es eine scharfe Scheidewand zwischen gut- und bösartigen Geschwülsten nicht giebt, dass die Bösartigkeit nicht eine primäre, sondern eine erworbene Eigenschaft der Geschwulst ist, dass demnach eine jede Neubildung bis zu einem gewissen Zeitpunkte einen gutartigen Charakter trägt, kommt er hinsichtlich der Theorie vom parasitären Ursprunge der bösartigen Geschwülste zu folgenden Schlüssen:

1) Entweder sind alle Geschwülste, gut- wie bösartige, parasitärer Natur, oder

2) die Infektion spielt nur bei einem Theile der Geschwülste, aber sowohl gut- wie bösartigen eine Rolle, oder

3) die Geschwulstbildung ist a priori nicht auf eine Infektion zurückzuführen, wohl aber beruht die Bösartigkeit auf parasitären Einflüssen.

A. sucht sodann die Geschwulstbildung ohne Annahme einer parasitären Infektion zu erklären. Er geht davon aus, dass die physiologische Funktion der Zelle eine Proliferationsthätigkeit ausschließt. Die Funktion ist bedingt durch die Summe der auf die Zelle seitens ihrer Umgebung wirkenden Einflüsse. Ein Theil der Zellthätigkeit besteht darin, ihrerseits einen Einfluss auf ihre Umgebung geltend zu machen. Fällt ein Theil der seitens der Umgebung wirkenden Kräfte aus, so ist damit die Möglichkeit gegeben, dass die Zelle die zum Paralysiren derselben erforderliche Energie anderweitig verwendet und zur Proliferation schreitet.

Sodann führt A. aus, dass das Gesetz der Trägheit auch für das lebende Protoplasma seine Gültigkeit habe, sowohl im Ruhe- wie im Arbeitsstadium. Das Protoplasma reagirt nicht sofort auf einen dasselbe treffenden Reiz; ehe dasselbe in Thätigkeit tritt, vergeht das Latenzstadium; andererseits arbeitet das Protoplasma auch noch eine Zeit lang weiter, nachdem der Reiz zu wirken aufgehört. Eine Vermehrung der Katabiose hat eine Steigerung des bioplastischen Processes im Gefolge, und auf Grund des Gesetzes der Trägheit dauert letzterer noch fort, nachdem die Zelle aufgehört hat zu funktioniren. Die Zelle hat die Neigung, Reservematerial aufzustapeln. Hieraus kommt A. zu folgenden weiteren Schlüssen:

1) Entweder führt die periodische Reizung der Zelle in Folge der auf die vermehrte Katabiose folgenden Steigerung des bioplastischen Processes zu einer solchen Anhäufung von Reservematerial, dass dasselbe zur Proliferation Veranlassung giebt, oder

2) die Reizung ist so stark und so lange ausgedehnt, dass in Folge der vermehrten Aktivität der Zelle, der vermehrten Sekretion und der reichlicheren Blut- und Lymphzufuhr das Verhältnis der Zelle zu ihrer Umgebung eine Änderung erfährt. Auf Grund dieser

Änderung ist es nicht mehr möglich, dass die Zelle ihre normalen Funktionen ausübt, und die aufgestapelte Energie findet dann nach der Richtung der Vermehrung hin ihre Verwendung.

Das erstere allein ist nicht ausreichend zur Erklärung der Neubildung, da gerade die dem Protoplasma innewohnende Trägheit den Übergang aus dem Funktions- in das Proliferationsstadium verhindert.

Bei der Annahme des zweiten Schlusses würde sich erklären, wie sich eine Zellgruppe entwickelt — unter der Voraussetzung, dass der ursprüngliche Reiz noch fortdauert und die Ernährung genügend gewährleistet ist —, welche das Bestreben hat, sich zu vermehren. Hierin erblickt A. das zweite Stadium der Geschwulstbildung.

Um das selbständige Wachsthum der Geschwulst zu erklären, müsste nach A. die Fortdauer des ursprünglichen Reizes angenommen werden, wodurch die Beziehungen der einzelnen Zelle zu ihrer Umgebung dauernd verändert würde. Das stößt schon desshalb auf Schwierigkeiten, weil die neugebildeten Zellen unter sich wieder Beziehungen eingehen. Die Metastasen lassen sich so nicht erklären. Hier könnte die parasitäre Theorie aushelfen, indem durch die Symbiose von Parasiten und Zellen ein dauerndes Wachsthum gewährleistet würde. Die Schwierigkeit ergiebt sich wieder daraus, dass eine jede Neubildung die Neigung zum selbständigen Wachsthum zeigt, dass aber nach den heutigen Anschauungen ein Theil der Geschwülste sicher nichts mit Parasiten zu thun hat.

Um die hier sich ergebende Lücke zu überbrücken, greift A. auf die Vererbung zurück. Er geht davon aus, dass häufiger eine Metaplasie Platz greift, und dass von den metaplasirten Zellen entsprechende Neubildungen ihren Ausgang nehmen; dass hier also eine Vererbung erworbener Eigenschaften stattfinde. Die Erscheinungen der Immunität zwingen, auch eine solche Vererbung erworbener Eigenschaften anzunehmen.

A. glaubt, dass sich bei den Geschwulstzellen eine Gewohnheit zur Vermehrung herausbildet. Sie sind in ihrem Wachsthum nicht mehr beschränkt durch die Ausübung einer specifischen Funktion, und je mehr die Merkzeichen der letzteren zurücktreten, desto bösartiger ist die Geschwulst. **Weiss** (Düsseldorf).

---

6) **Hérard.** L'acide osmique dans le traitement des tumeurs cancéreuses inopérables.

(Soc. de thérapeutique 1901. Mai 8.)

Verf. empfiehlt die Flemming'sche Lösung zur Behandlung inoperabler Geschwülste. Anwendungsweise: Injektion von 8 bis 30 ccm in die Geschwulst, Aufschläge auf dieselbe mittels derselben Lösung. Schmerzen, Sekretion und Jauchung sollen sich mit Sicherheit durch die Methode vermindern lassen. **Mohr** (Bielefeld).

---

7) **Tavel** und **Krumbein** (Bern). Über Streptokokkenserumtherapie. (Aus dem Schweizer Serum- und Impfinstitut.)

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1901. No. 8.)

Verff. verwenden zur Herstellung des Streptokokkenserums nur Streptokokken, die vom Menschen stammen, und zwar in möglichst großer Anzahl von Varietäten und ohne Thierpassage, deren Fortzüchtung auf solchen künstlichen Nährböden stattfindet, von denen man weiß, dass sie die ursprüngliche Virulenz erhalten. Sie glauben so die Fehlerquellen bei der Serumbereitung nach Marmorek vermieden zu haben und berichten über ihre damit erzielten Erfolge an der Hand von 13 einschlägigen Fällen. Diese Beobachtungen sprechen in der That für die Zweckmäßigkeit der Anwendung dieses nicht näher beschriebenen Serums und auch für die Ungefährlichkeit desselben, da es auch von ganz kleinen Kindern in starken Quantitäten (täglich 5 ccm) gut vertragen wurde. Bei gewissen Fällen schien es angezeigt, das Serum lokal und refracta dosi zu injiciren.

P. Stolper (Breslau).

---

8) **H. Greife.** Renthiersehnenfäden als Naht- und Ligaturmaterial. (Aus der gynäkolog. Univ.-Klinik in Moskau.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 25.)

Die Ergebnisse der von G. mit den dem Nackenbande des Renthiers entnommenen Sehnenfäden angestellten Untersuchungen decken sich fast vollständig mit denen, welche Schiller aus der Heidelberger chirurgischen Klinik mitgetheilt hat. Während Letzterer aber daraufhin die Sehnenfäden nicht als einen wesentlichen Fortschritt gegenüber den modernen Katgutpräparaten bezeichnete, ist Verf. der entgegengesetzten Ansicht, weil sich die von Flüssigkeiten leicht durchdringbaren Sehnenfäden im Gegensatze zum Katgut immer absolut sicher keimfrei machen lassen und sich hierdurch, wie durch ihre anderen Vorzüge — Resorbirbarkeit, Festigkeit etc. — praktisch bei einer großen Anzahl von Operationen vollkommen bewährt, nie Nachtheile gezeigt haben. G. führt die Namen vieler russischer Chirurgen an, welche über gleich günstige Erfahrungen verfügen. — Zum Schlusse beschreibt er ein einfaches, zur aseptischen Aufnahme der sterilisirten Sehnenfäden dienendes Gefäß. **Kramer** (Glogau).

---

9) **Renner.** Gekochtes Katgut.

(Prager med. Wochenschrift 1901. No. 5.)

R. empfiehlt zur Selbstbereitung des Katguts folgendes Verfahren, das sich ihm seit $1^1/_2$ Jahre gut bewährt hat.

Rohkatgut guter Qualität (Marke Wiesner) wird auf einem Metallrahmen straff ausgespannt, dann 24 Stunden lang in 5%ige wässrige Formalinlösung gelegt und hierauf 10 Minuten lang in reinem Brunnenwasser gekocht. Dabei quillt das Katgut wohl auf,

verliert aber nicht seine Form. Nun folgt 1 Stunde langes Trocknen in dem zum Kochen verwendeten Behälter, Abnehmen und Aufbewahren in 1 %igem Sublimat-Alkohol. Die Prüfung der Festigkeit dieses also präparirten Katguts ergab nur einen Festigkeitsverlust von 50 g gegen das Rohkatgut (700 : 650 g). R. hat seit $1^1/_2$ Jahre bei seinen Operationen keine Eiterung mehr erlebt; er verwendet das Katgut nicht nur zu Ligaturen, sondern auch als Nahtmaterial.

Jaffé (Hamburg).

---

10) **Engelhardt.** Pathologisch-anatomische und klinische Beiträge zur Frage der Blutungen nach der Tracheotomie wegen Diphtherie im Kindesalter.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VI. Hft. 3.)

Der Arbeit zu Grunde liegt das reiche Material des Augustahospitals in Köln unter Leitung des verstorbenen Leichtenstern aus den Jahren 1896—1898.

Blutungen nach der Tracheotomie können auftreten einmal im unmittelbaren Zusammenhange mit der Operation, wie sie nach jeder Operation bisweilen auftreten. Diese Blutungen sind meist nicht gefährlich; eine bedenkliche dieser Art hat E. nicht erlebt.

Unter den Blutungen, welche im weiteren Verlaufe der Tracheotomie sich einstellen, sind 2 Gruppen zu unterscheiden, nämlich solche, die durch entzündlich-phlegmonöse oder durch diphtherische Processe, also durch die specifische Thätigkeit von Bakterien hervorgerufen werden, und solche, die durch Decubitus zu Stande kommen, oder allgemein ausgedrückt, die auf mechanische Einwirkungen zurückzuführen sind. Die erste Gruppe ist die wichtigste, weil sie oft zu tödlichen Hämorrhagien führt. E. erlebte unter 341 Tracheotomien 6mal, also in 1,7 % der Fälle eine derartige tödliche Blutung; stets wurde die Tracheotomia inferior gemacht. Verf. stellt zum ersten Male aus der Litteratur alle analogen tödlichen Blutungen zusammen und hat so im Ganzen 26 Fälle zur Beurtheilung. In fast allen war die Tracheotomia inferior gemacht; 18mal war die Arteria anonyma, 3mal die Carotis communis dextra und je 1mal die Art. thyreoidea sup. sin., Art. thyreoidea inferior, Vena jugularis communis dextra, Vena anonyma sinistra und die Vena jugularis anterior dextra perforirt gefunden worden. Verf. untersuchte genau mikroskopisch die Perforationsstelle des Gefäßes und fand stets ein kraterförmiges, von außen nach innen gehendes Geschwür. Dasselbe entsteht durch Arrosion des stark bakterienhaltigen Eiters im untersten Wundrecessus. Die ausgesprochene Prädilektion der Art. anonyma erklärt sich daher, dass dieses Gefäß den tiefsten, also wegen Stagnation des Eiters am meisten gefährdeten Punkt des Recessus darstellt. Der Recessus kommt dadurch zu Stande, dass bei der Tracheotomia inferior der Raum für die Incision der Trachea zwischen Isthmus der Schilddrüse und Art. anonyma oft sehr klein ist; man zieht daher mit einem Häkchen die Trachea künstlich nach oben; sinkt sie

nun nach vollführter Eröffnung in die Tiefe zurück, so kommt der untere Wundwinkel der Luftröhre an oder sogar noch unterhalb der Art. anonyma zu liegen, obwohl dieselbe bei der Operation gar nicht zu Gesichte gekommen ist. Man soll sich daher zur Regel machen, die Wunde der Weichtheile möglichst klein und die der Luftröhre hoch anzulegen, um solche letale Blutungen zu vermeiden. Die Tracheotomia inferior desshalb etwa aufzugeben, liege kein Grund vor, da sie in anderer Hinsicht zu viele Vorzüge habe.

Von Fällen der zweiten Gruppe, in denen durch Decubitus, also mechanischen Druck eine tödliche Blutung erfolgt, hat E. keine eigene Beobachtung. Er stellt aber die 15 derartigen Fälle aus der Litteratur zusammen und kommt zu dem Schlusse, dass mit einer erstaunlichen Regelmäßigkeit durch den Druck des unteren Kanülenendes die vordere Wand der Luftröhre usurirt und die quer über die Trachea hinlaufende Art. anonyma durch fortschreitende Eiterung arrodirt wird; es handelte sich immer um die Tracheotomia inferior, nur bei einem Kinde war die obere Tracheotomie ausgeführt, und hier betraf die Perforation die Carotis communis dextra. Zu vermeiden ist dies Ereignis durch Tragen einer passenden Kanüle und sofortigen Wechsel derselben bei den ersten Anzeichen eines Decubitalgeschwüres der Trachea, welche ja meist in ganz charakteristischer Weise sich bemerkbar machen.

Genau so wie die großen Gefäße, deren Arrosion stets zur Katastrophe führt, können auch alle anderen im Bereiche der Wunde frei liegenden Arterien und Venen von einem septischen, die Wände ulcerirenden und zur Nekrose führenden Process befallen werden, wodurch dann auch bisweilen, wenn auch selten, tödliche Hämorrhagien entstehen. **Haeckel** (Stettin).

---

11) **Ch. B. Porter.** Suppurative pericarditis and its surgical treatment, with an analysis of fifty-one cases reported in literature.

(Annals of surgery 1900. December.)

Verf. stellt aus der Litteratur 51 operativ behandelte Fälle von Pericarditis suppurativa zusammen. Bei Besprechung der topographischen Anatomie des Herzbeutels macht er darauf aufmerksam, dass in den Beziehungen zwischen linker Pleura und Perikard oft die größten Variationen zu finden sind. Bisweilen liegt die Umschlagslinie am oder innerhalb des linken Brustbeinrandes, so dass es unmöglich sein würde, den Herzbeutel zu punktiren, ohne auch die Pleura mit zu verletzen. — In einem früheren Berichte (Transactions of the americ. surg. assoc. 1897) beschreibt P. folgende Operation als die geeignetste: Von der Mitte des Brustbeines wird nach außen über dem linken 5. Rippenknorpel ein Schnitt geführt. Resektion des Rippenknorpels, Durchtrennung der Art. mammar. int. nach vorheriger doppelter Unterbindung, Nachinnenschieben des M. trian-

gularis. Der Herzbeutel liegt jetzt vor; falls Eiter vorhanden, nun freie Eröffnung desselben. Die Ecken der Öffnung werden mit den Weichtheilen durch Naht verbunden. Nach eventueller Irrigation werden 2 Gummidrains eingelegt, davon eins bis zum Grunde des Herzbeutels reichen muss.

20 von den zusammengestellten 51 Fällen genasen, 31 starben, mithin eine Mortalität von 60,5 %; der Grund hierzu lag meist sekundär in Pneumonie, Osteomyelitis, penetrirenden Wunden, Empyem etc. P. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Perikardotomie ist in allen Fällen von Pericarditis suppurativa indicirt. 2) Bei dem unsicheren und wechselnden Verhalten der Pleura und bei der durch die perikardiale Flüssigkeit bedingten Verlagerung des Herzens ist die Aspiration der Herzbeutelflüssigkeit gefährlicher als eine freie Incision. 3) Die Incision des Herzbeutels ist schnell und sicher durch Resektion des 5. Rippenknorpels zu erreichen, bisweilen mit lokaler Anästhesie. 4) In einzelnen Fällen von serösem Ergusse wird die freie Eröffnung ein geringeres Risiko und eine schnellere Heilung als die Aspiration gewährleisten. 5) Die vom Verf. 1897 vorgeschlagene Methode und Technik wird gegenwärtig von der Mehrzahl der Operateure bevorzugt. **O. Müller** (Hirschberg i/Schl.).

Kleinere Mittheilungen.

12) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

117. Sitzung am Montag, den 13. Mai 1901, im Operationssaale des St. Hedwig-Krankenhauses.

Vorsitzender: Herr Rotter.

1) Herr Gunkel: Pathologisch-anatomisches und Klinisches zur Frage der Hämorrhoiden.

Die Erklärung der Entstehung von Hämorrhoiden hat im Laufe der Zeiten vielfache Wandlungen erfahren. Besonders angeschuldigt hat man auf der einen Seite Stauungs- oder schwankende Druckverhältnisse, auf der anderen Seite entzündliche Vorgänge.

Die Haltlosigkeit der ersteren, der Stauungstheorie, glaubt Reinbach auf Grund systematischer pathologisch-anatomischer Untersuchungen erwiesen zu haben; er kommt zu dem Resultate, dass es sich bei Hämorrhoiden um eine Neubildung, um angiomatöse Bildungen handle.

Vortr. unterzog sich der Mühe, die Befunde Reinbach's einer Nachprüfung zu unterziehen.

Es ist zunächst nicht leicht, eine Scheidung zu machen, was man als Hämorrhoiden zu bezeichnen habe und was als noch normaler Befund aufzufassen ist.

Völlig »normale« Befunde sind überhaupt äußerst selten zu konstatiren.

Unter 800 daraufhin examinirten, in mittleren Lebensaltern stehenden Kranken konnte G. etwa an einem Drittel der Fälle das Vorhandensein von Hämorrhoiden konstatiren. Als Prädisposition fand er außer Heredität: Obstipation, Retroflexio uteri, Beckengeschwülste, Schwangerschaft, Abort, stehende oder sitzende Lebensweise, Lungenschwindsucht, Alkoholismus u. A. m., also Zustände, welche eine Überfüllung und Stauung in den Hämorrhoidalvenen zu erzeugen im Stande sind.

Um den Bau der Gefäße zu studiren, machte G. Serienschnitte durch den Analtheil von Kinderleichen. Die Befunde waren durchaus nicht gleichmäßig; G. war im Stande, 4 Typen zu unterscheiden.

Bei dem 1. Typus fand sich eine starke Gefäßvermehrung; die unter einander kommunicirenden Bluträume senden viele Fortsätze aus, die sich wieder verzweigen und peripher verjüngen. Außerdem finden sich Züge von länglichen Venen, aber keine Rundzelleninfiltration, also keine Entzündung.

Das 2. Bild lässt erweiterte Bluträume nicht sehen, dagegen eine Vermehrung der feinen und feinsten Gefäße, ebenfalls von Zügen von Kernen begleitet.

3. Typus: Weite Bluträume, durch Septen von einander getrennt. Die Bluträume sind mit Endothel ausgekleidet, ähnlich dem Baue von kavernösem Gewebe. Einzelne Stellen zeigen Gefäßdurchschnitte mit schmalem Lumen; das umliegende Gewebe springt gegen die Gefäßlumina vor und zerbuchtet sie. Diese Balken sind aber nicht als Gefäßwand aufzufassen, da sie sich nicht differenziren lassen.

Das 4. Bild zeigt große Bluträume, mit einfachem Endothel ausgekleidet, und Resten früherer Septa, keine für Entzündung sprechende Befunde.

Besonders der ersterwähnte Typus, die Aussackung mit ihren Fortsätzen, also Sprossung von neuen Kapillaren, ähnlich den Bildern, wie sie beim Wundheilungsprocesse sich zeigen, lässt nur die Deutung zu, dass die Hämorrhoiden als Angiome aufzufassen sind.

Auch Waldeyer, dem Vortr. seine Präparate vorlegte, schloss sich der Ansicht an, dass es sich um Wachsthumsprocesse von neuen Gefäßen, keine Entzündungsvorgänge, handle.

Mitunter fanden sich auch katarrhalische Affektionen der Mastdarmschleimhaut. Es ist wahrscheinlich, dass die Obstipation dadurch entsteht, dass die Pat. wegen der Schmerzen die Stuhlentleerung anhalten. Dafür spricht der Umstand, dass die Obstipation mit nur seltenen Ausnahmen verschwand resp. verschwindet, wenn die Hämorrhoiden operirt wurden.

2) Herr Rotter: Über plastischen Verschluss des Anus praeternaturalis.

Nach Exstirpation von Mastdarmcarcinomen macht häufig die Entfernung eines zurückbleibenden Anus praeternaturalis resp. einer Fistel große Schwierigkeiten.

Die Ursache des Reißens der Nähte, besonders an der Hinterseite, liegt in dem Mangel eines Widerlagers und in dem Auftreten einer Gangrän der Schnittränder. Am häufigsten trat diese Gangrän ein bei der Invaginationsmethode, ferner auch in Folge des Umstandes, dass R. die Drüsen bis hoch hinauf (10 cm weit) mit wegnimmt und der Inkonstanz der Gefäßversorgung seitens der Art. haemorrhoidalis superior und inferior.

Unter 34 Operationen nahm R. 17mal die Resektion vor; unter diesen letzteren trat Gangrän meist cirkulär 10mal ein; es starben davon 5 Pat. Nach eingetretener Dehiscenz schließt sich der vordere Defekt verhältnismäßig bald, nicht so der hintere.

Um diesen zum Verschlusse zu bringen, löst R. entweder das Darmrohr nochmals aus, holt es herunter und vernäht es, oder er nimmt eine Plastik vor.

Um dem Darme ein festes Widerlager zu geben, genügt nicht das Herüberziehen eines Hautlappens, da derselbe sich nie vollkommen anlegt und todte Räume bildet; vielmehr verwendet R. dicke Haut-Weichtheillappen mit unterer Basis (am After), die sich ohne große Spannung an die Hinterwand des Mastdarmes anlegen.

R. hält diese Art Lappenbildung mit unterer Basis für vortheilhafter, als jene mit oberer, u. A. aus der Heidelberger Klinik angegebene.

R. hat früher nur eine temporäre Resektion vorgenommen, neuerdings aber entfernt er, um eine bessere Adaption zu erzielen, den knöchernen Theil des Lappens.

Auch in den Fällen, wo eine primäre Heilung nicht erfolgte, also bei Kothfisteln, haben die Lappen für die Heilung günstige Verhältnisse geschaffen.

R. hat diese Methode der Lappenbildung nicht nur angewendet bei Mastdarmoperationen, sondern u. A. auch zur Deckung eines Anus praeternaturalis nach Resektion des carcinomatös erkrankten Coecum, Behufs Verschlusses einer Coecum-



fistel, die er genöthigt war anzulegen nach Exstirpation einer Strictura recti. Ähnlich verfuhr er zur Deckung einer Coecumfistel nach Exstirpation des S romanum.

Zur Verhütung von Bauchbrüchen müssen die Pat. Pelotten resp. Bandagen tragen.

Auch eine Nierenfistel, die nach einer Nephrotomie zurückgeblieben war, schloss Redner durch Lappenplastik.

3) Herr Koch: Über akuten Rotz.

Diese nicht häufige Erkrankung wurde vom Vortr. beobachtet an einem 45 Jahre alten Kreisthierarzte.

Derselbe war mit Frösteln, Fieber, Unwohlsein erkrankt; dazu entwickelte sich ein linksseitiges pleuritisches Exsudat, durch eine Vorwölbung zwischen der 10. und 11. Rippe sich dokumentirend. Bei Spaltung dieser »Geschwulst« wurde eine große Höhle freigelegt, die mit dickem Eiter und nekrotischen Fetzen erfüllt war. Nach der Operation erfolgte eine starke Nachblutung. Am folgenden Tage traten, über den ganzen Körper verbreitet, rothe Flecken auf, die sich zu Pusteln und Geschwüren umwandelten. Aus den Nasenlöchern wurde schleimig-eitriges Sekret abgeschieden.

Erst auf eingehendes Befragen gab Pat. zu, in den letzten Tagen mit Rotzbacillen gearbeitet und dabei die Agarröhrchen mit Kulturen von Rotz zerbrochen zu haben. Er starb am 3. Tage nach der Aufnahme unter einer ganz auffälligen Euphorie.

Die Sektion ergab in der rechten, mehr noch in der linken Lungenspitze zahlreiche Rotzknoten, die wieder von einer fingerdicken Zone hämorrhagisch infiltrirten Gewebes umgeben waren. Zahlreich vorgenommene bakteriologische Untersuchungen ergaben das Vorhandensein von Rotzbacillen (und Eiterkörperchen) in den Pusteln und Lungen, dem pleuritischen Exsudate und dem Herzblute der Vorkammern. Auch die Thierversuche ergaben ein positives Resultat: Bei männlichen Meerschweinchen zeigte sich die für Rotz charakteristische Anschwellung der Hoden, bei den weiblichen Thieren bildeten sich eitererfüllte Knoten unter der Haut in der Nähe der Vagina.

Der primäre Herd war vermuthlich die Lunge, da Verletzungen irgend welcher Art nicht vorlagen und die ersten, ältesten Erscheinungen von der Lunge ausgingen.

Die Diagnose ist mitunter schwer zu stellen, Verwechslungen mit Pyämie, auch Tuberkulose, sind häufig vorgekommen; die Höhe des Fiebers ist fast analog dem bei Typhus abdominalis beobachteten.

Die Hauptlokalisation ist beim Pferde bekanntlich die Nase, nicht jedoch beim Menschen.

4) Herr v. Brunn: Veränderungen der Nieren nach Bauchhöhlenoperationen.

v. B. hat bei Gelegenheit der Sektion von Leichen, deren Todesursache eine Erkrankung der Bauchorgane, kombinirt mit Peritonitis war (gleich viel, ob sie operirt waren oder nicht!), regelmäßig in den Nieren Nekrosen gefunden, und zwar in den Epithelien der Harnkanälchen und aufsteigenden Schleifenschenkeln.

In den Fällen, wo eine Peritonitis nicht mit bestanden hatte, also der Tod in Folge von Nachblutung, Pneumonie, Pancreatitis haemorrhagica, Chok, Verblutung aus dem Darme (u. A. bei 3 Versuchsthieren: Hunden) eingetreten war, ließen sich diese Nekrosen nicht nachweisen.

Sie lassen sich nur durch das Mikroskop feststellen. Makroskopisch deutet höchstens ein brauner Farbenton an der Rinde der Niere ihr eventuelles Vorhandensein an.

Da die Nekrose auch bei nicht operirten Pat. sich fand, kann die Narkose als Ursache nicht angesehen werden.

Ausgeprägter war das Bild und Vorhandensein der Nekrosen in der Niere bei längerem Bestehen der Peritonitis. Der Einwurf, dass die Nekrose als Fäulnisvorgang aufzufassen sei, ist in so fern hinfällig, als die Sektionen schon einige

Stunden nach dem Tode, im Winter, gemacht waren; Bakterien wurden an den betreffenden Stellen nicht gefunden; faulende Nieren zeigen diese Art der Nekrosen nicht!

v. B. nimmt an, dass diese Nekrosen als durch eine Intoxikation bedingt aufzufassen sind. Klinische Erscheinungen brauchen sie nicht zu machen; man darf aber aus dem Mangel derselben nicht einen Schluss auf die Intaktheit der Struktur der Niere machen.

Auf die Bemerkung des Herrn Rotter, dass er trotz schwerer diffuser Peritonitis doch nur selten Nephritis beobachtete, erwidert v. B., dass nur das histologische Bild, nicht das klinische Bild den Ausschlag gebe.

Sarfert (Berlin).

---

13) **O. Hildebrand, E. Veillon, J. Thomen, Hägler und Burckhardt. Jahresbericht über die chirurgische Abtheilung und die chirurgische Poliklinik in Basel 1899.**

Basel, **Kreis,** 1900.

Zum ersten Male erscheint der bekannte Baseler Jahresbericht unter dem Nachfolger Socin's, zugleich in anderer Gestaltung. Entgegen den früheren Berichten ist die tabellarische Übersicht der in Klinik und Poliklinik vorgekommenen Krankheitsfälle eine viel umfangreichere und übersichtlichere.

Dagegen ist die frühere Anordnung der im Texte in ausführlichster Weise nach den einzelnen Körpertheilen aufgeführten Erkrankungen ganz in Wegfall gekommen, während die sonst so reichliche Kasuistik diesmal eine viel geringere Verwerthung gefunden hat.

Aus der Statistik der stationär behandelten Pat. seit 1899 sind 1268 mit 605 Operationen zu entnehmen; poliklinisch wurden 3431 Kranke mit 1183 Operationen verzeichnet. Die nicht operativ behandelten Kröpfe wurden zumeist mit Jodsalben, nur in ganz einzelnen Fällen mit Schilddrüsentabletten behandelt. In einer Anzahl chirurgischer Tuberkulosen wurden Hetolinjektionen nach Landerer, doch scheinbar mit wenig aufmunternden Erfolgen ausgeführt — das Material hierzu war ein geringes.

Aus der herangezogenen Kasuistik ist zu entnehmen:

Ein Fall von Sarkom des linken Schläfenlappens, traumatischen Ursprungs, bei einem 31 Jahre alten Pat. Dieser war wegen schwerer epileptischer Erkrankung im Jahre 1896 2mal operirt worden, wobei ihm Mangels objektiven Befundes ein bohnengroßes Stück der Hirnrinde erfolglos entfernt wurde. Am 17. und 25. Januar 1899 wurden 2 weitere operative Eingriffe vorgenommen; ungefähr der früheren Operationsstelle entsprechend fanden sich dies Mal Cysten und Granulationsmassen, die entfernt und für Sarkom erklärt wurden. Der Zustand des Pat. hat sich auch nach diesem Eingriffe nicht gebessert; er verlässt im Zustande von Dementia epileptica das Spital.

Ein 23jähriger Pat. erkrankte 6 Tage nach einer Stichverletzung in die linke Augengegend an Tetanus, der erfolglos mit Tetanusantitoxin und Kochsalzinfusion behandelt wurde; bei der Sektion fand sich im unteren Orbitalboden eine 3 cm lange Messerklinge.

Eine Stichverletzung von Brust und Zwerchfell mit heftiger Blutung und daraus resultirender, gefahrdrohender Anämie bei einem 40jährigen Pat. konnte durch die Naht der kleinen Zwerchfellwunde zur Heilung gebracht werden.

Von 3 wegen Speiseröhrencarcinom mit Anlegung einer Fistel behandelten, 42—63 Jahre alten Pat. starben 2 nach $2^1/_2$—5 Monaten, der 3. wurde 24 Tage nach der Operation mit Gewichtszunahme entlassen.

Ein Fall von Ileus durch Einklemmung und Achsendrehung des Darmes bei einem 7jährigen Knaben, in Folge eines Falles auf ebener Erde entstanden, endete am 12. Tage tödlich. Der durch Torsion innerhalb der Flexura duodeno-jejunalis abgeklemmte Dünndarm war hernienartig in die Tasche des großen Netzes versenkt und um die Achse des stark reducirten Gekröses um ca. 180° gedreht.

Ein wegen einer kindskopfgroßen, carcinomatösen Geschwulst im Bereiche der Flexura coli operirter 57jähriger Mann wurde 3 Wochen nach der Operation geheilt entlassen; Pat. ist völlig arbeitsfähig geworden.

10 Fälle von operativ behandeltem Magenkrebs bei 23—63jährigen Pat., zumeist nahezu inoperabel. Von 5 dieser Kranken war bei 3 eine Resektion des Pylorus möglich, bei 2 wurde der größte Theil des Magens entfernt. Von den Letzteren war einer 1 Jahr nach der Operation noch gesund, die 4 übrigen starben bald nach dem Eingriffe.

Bei den übrigen 5 Fällen war die Gastroenterostomie ausgeführt; Sämmtliche endeten in mehr oder minder kurzer Zeit tödlich.

6 Fälle von Perforationsperitonitis in Folge Perforation des Wurmfortsatzes. 4 davon wurden operirt, 2 nicht mehr; bei sämmtlichen tödlicher Ausgang. — 3 Fälle von Perforationsperitonitis mit tödlichem Ausgange, durch Eröffnung eines Abscesses entstanden, das eine Mal bei der Operation einer Perityphlitis (die 35jährige Pat. war 1 Jahr zuvor im Anfalle durch Eröffnen des Abscesses bereits glücklich operirt); das andere Mal nach Eröffnung eines perisplenitischen Abscesses und das 3. Mal spontan. — Ein Fall von rechtsseitiger Nierenzerreißung bei einem 16jährigen Pat. heilte nach Exstirpation dieses Organes in 4 Wochen. — In 2 Fällen von eingeklemmtem Schenkelbruche bei Frauen fand sich als Bruchinhalt der Proc. vermiformis.

Als Anhang folgt eine Beschreibung des neuen chirurgischen Operationsgebäudes im Baseler Bürgerspitale, das sich würdig anderen bekannten chirurgischen Anstalten modernen Stiles anreiht. **Kronacher** (München).

14) **Gelpke.** Kasuistische Mittheilungen aus dem Kantonspital Basel-Land.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 588.)

Text eines in der Baseler med. Gesellschaft gehaltenen Vortrages, welcher kurzen Bericht über mehrere wichtige Fälle giebt. (I. Tetanus, mit Serum behandelt, II. temporäre Oberkieferresektion, III. Hirnabscess durch Operation geheilt, IV. Schädelbruch mit intraduraler Blutung, Ausräumung derselben, Heilung, V. Nephrektomie wegen Tuberkulose, VI. Magenresektion). Von allgemeinerem Interesse kann nur bei Fall I und allenfalls Fall III die Rede sein. Der 22jährige Tetanuskranke hatte 11 Tage nach Erleiden einer Schürfwunde am Fußrücken zuerst Trismus und dann allgemeine Krämpfe bekommen. Er erhielt zunächst 10,0 Tetanusserum (Berner) intracerebral nach Kocher-Tavel (Trepanation auf dem rechten Os frontale und Einstich mit der Punktionsnadel in den rechten Seitenventrikel) und 50,0 intravenös. Tags darauf deutliche, wenn auch vorübergehende Besserung. In den nächsten Tagen 6 weitere Dosen à je 10,0 subkutan injicirt. Allmähliche, aber völlige Genesung. Der Fall (III) von Hirnabscess betrifft ein 6jähriges Kind, welches einen heftigen Streich mit einem Karstzinken über der linken Schläfenschuppengegend erhalten hatte. Die Wunde war geheilt, als 9 Tage nach der Verletzung ein epileptischer Anfall eintrat. Nach weiteren 5 Tagen 2. Anfall. Bei der Spitalaufnahme Parese des rechten Armes, Ataxie desselben, klonische Zuckungen im Biceps und Brachialis int. Über der Narbe wird mit Meißel und Knochenzange ein etwas über 2francstückgroßes Schädelstück heraustrepanirt. Dura mit dicken schmutzigen Granulationen bedeckt, die abgeschabt werden. Eiter aus einer Durafistel, Dura gespalten, einige Tropfen Eiter entleert, vorliegende Hirnrinde in Ausdehnung eines 2francstückes injicirt, grau verfärbt. Gazetamponverband, guter Verlauf. Nur musste ein sich einstellender Hirnvorfall plastisch mit einem Haut-Periostlappen gedeckt werden.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

15) **Lyon.** The distribution of cancer in Buffalo for the twenty year period 1880—1899.

(Buffalo med. journ. 1901. Mai.)

Die besonders in Hinsicht auf die parasitäre Theorie bösartiger Geschwülste angelegte Statistik umfasst 2299 in den letzten 20 Jahren in Buffalo genau fest-

gestellte derartige Neubildungen. Auffällig war zunächst die Häufigkeit der Fälle im deutschen und polnischen Quartiere der Stadt, während im gleich dicht bevölkerten italienischen Quartiere auffallend wenige vorkamen. In 41 Häusern waren 2 Fälle, nur in 3 Häusern 3 Fälle zu verzeichnen; nur 4,5% aller Fälle kam daher auf sog. »Krebshäuser«. Die Deutschen und Polen, welche 20% der Einwohnerschaft bildeten, nahmen mit 42% an der Gesammtsterblichkeit an Krebs Theil, während die eingeborenen Amerikaner, 65% der Einwohnerschaft, nur mit 29% betheiligt waren. Die Krebssterblichkeit stieg von 32 zu 53 auf 100000 Einwohner. An Magenkrebs starben 47% aller an Krebs gestorbenen Männer, 25% aller an Krebs gestorbenen Frauen. Die entsprechenden Zahlen für Deutsche und Polen betrugen 52, resp. 35%, dagegen für die eingeborenen Amerikaner nur 37, resp. 13%. Diesen Gegensatz erklärt Verf. durch die besondere Lebensweise, insbesondere Diät der Deutschen und Polen. Entweder werden bestimmte Dinge, rohe Vegetabilien, Salate etc., an welchen die supponirten Krebsparasiten vorzugsweise haften, von ihnen häufiger genossen, als von den geborenen Amerikanern, und der Magen also häufiger inficirt, oder die Deutschen setzen durch häufigeren Missbrauch von Speisen und Getränken ihren Magen stärkeren chronischen Reizen aus und schaffen damit eine Prädisposition für die Entstehung des Krebses. Auf 100 Todesfälle bei Frauen kommen bei Deutschen und Polen 93 bei Männern vor, bei Amerikanern 51. Zum Theil erklärt sich dieser Gegensatz dadurch, dass Uterus- und Brustkrebs bei den Amerikanerinnen viel häufiger vorkam. Im Ganzen ergiebt sich also aus dieser Statistik, dass Deutsche und Polen 4,81mal empfänglicher für Krebs waren, als Amerikaner, und dass sie speciell 10mal empfänglicher für Magenkrebs waren. Diese Thatsachen lassen sich anscheinend nur durch die Annahme der parasitären Entstehung bösartiger Geschwülste erklären. (Bezüglich des Magenkrebses vielleicht aber zum Theil dadurch, dass Alkoholmissbrauch bei den Deutschen häufiger vorkam. Ref.)

Mohr (Bielefeld).

16) **Cabot.** A case of accidental inoculation of cancer in a fresh wound.

(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 20.)

C. leitet ein Carcinomrecidiv in der hinteren Mastdarmwand nach Entfernung eines solchen Tumors aus der vorderen Wand davon ab, dass der zu entfernende Tumor längere Zeit mit der frischen Wunde an der Hinterwand in Berührung war. Dass es kein Drüsenrecidiv sei, leitet er aus dem Sitze (unterhalb der früheren Geschwulst) her, und aus der Entfernung der neuergriffenen Stelle von der früheren schließt er, dass es sich auch nicht um ein direktes Hineinwachsen handelt. Nach Entfernung der Geschwulst trat bis zur neuerlichen Untersuchung (2 Jahre lang) kein Rückfall ein. Beide Geschwülste waren Adenocarcinome.

Trapp (Bückeburg).

17) **W. B. Coley.** Late results of the treatment of inoperable sarcoma with the mixed toxins of erysipelas and bacillus prodigiosus.

(Philadelphia med. journ. 1901. Mai 25.)

Bereits August 1898 berichtete Verf. (Journ. of the Amer. med. assoc.) über 140 Fälle von inoperablen Sarkomen, die er mit dem Toxingemische behandelte, theilweise mit sehr gutem Erfolge. Im Anschlusse daran bringt er jetzt die Nachgeschichte von 8 Pat., die 3—6 Jahre ohne Recidiv blieben. Ferner berichtet er über 16 weitere Fälle, die 3—$8^1/_2$ Jahre frei blieben. In diesen Fällen, alle hoffnungslos und völlig inoperabel, mit mikroskopisch gesicherter Diagnose, wurde nur 2mal ein Recidiviren der Geschwülste nach jahrelangem Wohlbefinden beobachtet. In 8 anderen Fällen verschwand die Neubildung völlig, doch ist hier die Forderung, dass 3 Jahre Recidivfreiheit besteht, noch nicht erfüllt.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).



18) **R. S. Wild.** The treatment of malignant growths by Coley's fluid.

(Med. chronicle 1901. März.)

Die Erfahrungen W.'s decken sich nicht mit den von Coley veröffentlichten günstigen Resultaten. »Coley's fluid«, bestehend aus 1 Theil der Toxine des Bacillus prodigiosus und 4 oder 5 Theilen der Toxine des Streptococcus erysipelatis, erzielte bei genauer Innehaltung der vom Erfinder angegebenen Vorschriften in Fällen von inoperablen Carcinomen und Epitheliomen keine Spur eines Erfolges, zudem ist seine Anwendung nicht ganz ungefährlich. Dagegen ist ein vorsichtiger Versuch damit bei inoperablen Sarkomen, besonders den schnellwachsenden Formen, bei völliger Aussichtslosigkeit anderer Mittel, wohl gerechtfertigt. **O. Müller** (Hirschberg i/Schl.).

19) **Huber** (Zürich). Über eine familiäre Streptokokkenerkrankung nach Influenza.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1901. No. 8.)

Verf. nahm zur Zeit einer Influenzaepidemie in Zürich an 7 Kindern einer Familie die Revaccination mit frisch bezogener Lymphe vor. Nun erkrankten 4 Kinder nach einander an Influenza, das erste nach 8 Tagen, das letzte 14 Tage nach der Impfung. Bei 3 dieser Kinder entwickelte sich nach 11, bezw. 14, bezw. 19 Tagen jeweils ein Bubo axillaris an der geimpften Seite, bei zweien ohne dass sich Impfpusteln entwickelt hatten. Es kam jedes Mal zur Abscedirung, welche die Incision nöthig machte. Der Eiter ergab in allen Fällen, mikroskopisch und kulturell untersucht, Streptokokken. Bei einem 4. Kinde, bei dem Pusteln aufgegangen waren, stellte sich eine Lymphangitis am Arme ein ohne Drüsenabscess. Schließlich erkrankte auch noch der Vater der Kinder an Bubo inguinalis, der durch Incision entleerte Eiter enthielt ebenfalls Streptokokken.

Der naheliegende Verdacht auf Pest wurde von bakteriologischer Seite nicht bestätigt. Eine Impfinfektion glaubt H. bestimmt in Abrede stellen zu können, da von den 7 Geimpften nur 4 streptokokkenkrank wurden, und da unter diesen 4 sich 2 befinden, die überhaupt gar keine Impfreaktion hatten. Er weist auch darauf hin, dass Huguenin unter 20 000 Vaccinationen nur 14mal Drüseneiterungen beobachtete. So kommt er zu der Annahme, dass es sich um eine hämatogene allgemeine Streptokokkeninfektion handelte, die ausnahmslos an eine vorausgegangene Influenza sich anschloss, um eine heterochrone Polyinfektion (Influenzabacillen und Streptokokken) nach Brunner. Influenzabacillen wurden indess trotz besonders darauf gerichteter Aufmerksamkeit bei der bakteriologischen Untersuchung nicht gefunden. Die recht sorgfältige Beobachtung ist von besonderem Interesse, sie beweist, wie die allgemein pathologische Erfahrung von dem Zusammenwirken verschiedener Irritamente zum Zustandekommen von Krankheiten immer Berücksichtigung verdient. **P. Stolper** (Breslau).

20) **A. Depage.** Un cas de mort sous le chloroforme. Massage du coeur.

(Ann. de la soc. belg. de chir. 1901. Januar.)

D. war im Begriffe, bei einem 47 Jahre alten Manne mit Leistenbruch die Radikaloperation zu machen, als plötzlich der Puls verschwand. Man machte zunächst die gewöhnlichen Wiederbelebungsversuche ohne Erfolg. Dann legte man durch temporäre Resektion der Brustwand von der 2.—5. Rippe, indem man den Lappen nach außen umlegte, den Herzbeutel frei, öffnete ihn und massirte das Herz, gleichzeitig mit künstlicher Athmung. Nach einigen Minuten stellten sich Herzkontraktionen ein, die jedoch bald wieder aufhörten.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

21) **Reiner.** Über einen Fall von Spina bifida occulta dorsalis.

(Wiener klin. Rundschau 1901. No. 19.)

Verf. schildert einen sehr interessanten Fall von hochgradiger Rachischisis im Gebiete der Rückenwirbel bei einem 7jährigen Mädchen. Die Diastase der

doppelt angelegten Processus spinosi betrug stellenweise 4—5 cm. Es bestanden progressive Lähmung der Beine und gewisse Störungen der Blase; die Reflexe waren gesteigert. Zunächst wurden nur orthopädische, gewissermaßen symptomatische Maßregeln ergriffen. Erst als der Zustand hoffnungslos wurde, willigte die Mutter in eine Operation. Diese deckte den überraschenden Befund auf, dass die sich zwischen den beiden Dornfortsatzleisten ausspannende Membran total verknöchert war. In Gemeinschaft mit einer unter ihr liegenden lipomatösen Geschwulst hatte sie die spinale Drucklähmung erzeugt. Besserung trat nach Entfernung dieser Knochenplatte und primärer Heilung der Operationswunde nicht mehr ein. **Schmieden** (Bonn).

22) **Touche** (Brévannes). **Essai sur la paraplégie pottique de l'adulte et du vieillard.**

(Travaux de neurologie chirurgicale 1901. No. 1.)

20 durchweg sorgfältige Krankengeschichten, worunter 10 Obduktionsbefunde, beweisen, wie wechselvoll die Symptome und wie unberechenbar die Prognose ist bei Kompressionslähmung des Rückenmarkes in Folge tuberkulöser Processe am Rückgrat. 6 Fälle betrafen Leute im Alter von 60 bis 70 Jahren; 14 Männer, 6 Frauen; 12mal war Lungentuberkulose, 5mal nur Pleuritis, 5mal Erblichkeit feststellbar.

Die Paraplegie war nur in 11 Fällen von Buckelbildung begleitet, ein Senkungsabscess kam nur in 6 Fällen gleichzeitig vor.

Bemerkenswerth ist, dass in 16 Fällen die Paraplegie das erste Symptom der Pott'schen Erkrankung war. Störungen der Sensibilität gingen der motorischen meist voraus: Schmerzen in der Höhe der Lumbodorsalgrenze, später ausstrahlend in die Beine, Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule, anästhetische Zonen. In 3 bis 8 Monaten folgte der Lähmung die Kontraktur der Extremitäten, welche oft die später eintretende Besserung durch Nachlass der Kompression in ihrer Wirkung beeinträchtigte. Blasenstörungen fehlten bei 4 Kranken, bei dreien war Harnverhaltung, sonst mehr oder weniger vollkommene Inkontinenz zu beobachten. Die Parese der Bauchmuskeln bedingt meist Obstipation. Die Menstruation blieb in einem Falle von Paraplegie völlig ungestört.

Dem Chirurgen dürfte die Abwägung der prognostischen Daten besonders werthvoll sein. In der Hälfte der Fälle haben die Kranken die Paraplegie wieder zurückgehen sehen, ja, alle Kranken, welche nicht einem schwereren Lungenleiden erlagen, haben die Heilung der Kompressionsmyelitis erlebt.

Über Erkrankungen im Halstheile hat P. keine Erfahrungen; interessant aber ist, dass er die Pachymeningitis tuberculosa im Rückenabschnitt prognostisch günstiger ansieht, als die im Lendentheile. Letztere Fälle sind öfter von Harnverhaltung begleitet. Auch werden bei der Ausheilung die Nervenfäden der Cauda von fibrösen Verwachsungen öfter erheblich beeinträchtigt, eine Erfahrung, die durch manche Fälle traumatischer Erkrankungen des Lendenabschnittes der Wirbelsäule bestätigt erscheint.

Indem er alle Symptome der Paraplegie auf die Pachymeningitis und Myelitis bezieht, hält Verf. jeden Eingriff, der auf eine Verbesserung der Wirbelsäulendeformität abzielt, für aussichtslos. Er räth kalte Abscesse auch nur zu punktiren, wenn sie aufzubrechen drohen. Besonderes Augenmerk aber soll man den Extremitätengelenken widmen, mit Massage und Übungen, damit sie ihre Gebrauchsfähigkeit erhalten, bis der zu erwartende Nachlass der Markkompression wieder spontane Übungen ermöglicht. **P. Stolper** (Breslau).

23) **Mauclaire. Injections jodoformées par la voie épidurale pour traiter certaines formes de mal de Pott.**

(Soc. de biologie 1901. Juni 29.)

M. injicirte bei einer Spondylitis tuberculosa der unteren Brustwirbel 3 ccm Jodoform-Glycerin durch die untere Mündung des Sacralkanals in den Epiduralraum.

Abgesehen von geringen vorübergehenden Schmerzen traten keine Nebenerscheinungen auf. Bei 3 Kindern mit Lumbal- resp. unterer Dorsalspondylitis wurden 1—2 ccm eingespritzt, ebenfalls ohne besondere Folgeerscheinungen. Die Methode ist demnach ungefährlich, die Technik die von Sicard und Cathelin, quer durch das Ligamentum sacro-coccygeum posterius.

Souques berichtete in der Soc. des hôpitaux 1901 Juni 28 über einen mittels derselben Methode behandelten äußerst hartnäckigen Fall von Ischias, der nach der 2. Injektion von Cocain dauernd schmersfrei blieb.

Mohr (Bielefeld).

24) Heineke. Ein Fall von schwerer Zertrümmerung des Thorax mit Ausgang in Heilung. (Aus der chirurg. Abtheilung des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Eppendorf.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 27.)

Nach dem Röntgenbilde hat es sich bei dem 39jährigen Verletzten um einen Bruch des rechten Schlüsselbeines und um 29 Rippenbrüche auf beiden Seiten des Brustkorbes, theilweise mit starker Dislokation und Splitterung, gehandelt. Trotz sehr heftiger Beschwerden, die durch Entwicklung einer linken, der Seite der Gewalteinwirkung entsprechenden typischen Lungenentzündung am 2. Tage nach der Verletzung noch gesteigert waren, hat Pat. diese schwere Verletzung glücklich überstanden, freilich aber eine Reihe von Beschwerden zurückbehalten. Auffallend war das Fehlen von inneren Verletzungen der Brusthöhle.

Kramer (Glogau).

25) N. N. Michailow. Die miliare Tuberkulose der Brustdrüse.

(Russ. Archiv der Pathologie, klin. Medicin und Bakteriologie 1901.)

Es wird ein seltener Fall, bei einer 33 Jahre alten Frau mit gutem Erfolge operirt, beschrieben. In der rechten Mamma fanden sich die Tuberkel in den Wänden der Milchgänge, zwischen den Acini und im Bindegewebe. Die umgebenden Lymphdrüsen zeigten keine käsige Degeneration.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

26) P. Rosenstein. Ein statistischer Beitrag zur operativen Behandlung der bösartigen Brustdrüsengeschwülste.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 3.)

Auf der v. Eiselsberg'schen Klinik wurden in den Jahren 1896—1900 im Ganzen 192 Brustdrüsengeschwülste operirt, darunter 162 Carcinome. Eine genauere Schilderung dessen, was von ätiologischen Faktoren in Betracht käme, eröffnet die Arbeit. Alter, Einfluss von Menstruation, Geschlechtsleben, Laktation, eitriger Mastitis und Trauma finden eine eingehendere Berücksichtigung. Den Korsettdruck sowohl wie akute Verletzungen glaubt Verf. nicht für die Entstehung des Mammakrebses in Betracht ziehen zu dürfen. Die vielumstrittene Erblichkeit des Carcinoms konnte man nur in 5 Fällen nachweisen. Unter den zahlreichen interessanten Einzelheiten, die R. bei der Beschreibung des klinischen Bildes erwähnt, sei als auffallend hervorgehoben, dass doppelt so häufig der Sitz des Krebses die linke Seite betraf gegenüber der rechten. Jedoch ist dies nach des Verf.s Ansicht wahrscheinlich nur ein Zufall.

Neben diesen carcinomatösen Geschwülsten wurden noch 9 Sarkome operirt. Da bei allen Fällen theils schon vor, theils erst während der Operation geschwollene Drüsen in der Achselhöhle gefunden wurden, soll man auch bei dieser Geschwulstart die Achselhöhle principiell ausräumen. Die meisten Sarkome zeichneten sich durch ein sehr stürmisches Wachsthum aus. Pathologisch-anatomisch handelte es sich um Rundzellen-, Spindelzellen- und plexiforme Sarkome.

Der Operation der Carcinome wurde jedes Mal die Ausräumung der Achseldrüsen angeschlossen, 104mal die Pectoralfascie, 68mal der große, 39mal auch der kleine Pectoralmuskel mit entfernt. 17mal mussten auch die Supraclaviculardrüsen exstirpirt werden. In der letzten Zeit wurden immer Pectoralis major und minor mit entfernt in der von Rotter angegebenen Weise. Die Haut konnte

meistens danach, wenn auch mit einer gewissen Spannung, zusammengezogen werden, mehrmals wurden allerdings auch Thiersch'sche Transplantationen nöthig. Die Wunde ward in letzterer Zeit immer ohne Drainage verschlossen. Nur bei inficirten Fällen und jauchenden Carcinomen soll man drainiren, da alsdann auch die Lymphdrüsen als inficirt zu betrachten sind. 98% reaktionsloser Heilungen beweisen die vorzügliche Wundbehandlung an der v. Eiselsberg'schen Klinik. Die Zahl der Todesfälle beträgt 3. Der erste Verbandwechsel fand nach 5 Tagen, die Entfernung der Nähte nach $7^1/_2$ Tagen, die Entlassung nach 10 Tagen im Durchschnitt statt. Die Pat. wurden dann ambulatorisch weiter behandelt, d. h. verbunden. Zum Vergleiche führt Verf. an, dass nach der Statistik von v. Winiwarter aus dem Jahre 1878 noch 17% an accidentellen Wundkrankheiten zu Grunde gingen; gewiss ein ausgezeichneter Beweis der Fortschritte in der Wundbehandlung.

R. konnte das Dauerresultat von 107 Frauen feststellen. 44 sind von ihnen gestorben, darunter 25 an Recidiv, 16 an inneren Metastasen. Von den noch am Leben gebliebenen haben 9 ein Recidiv oder Metastasen. Recidivfrei sind bis jetzt 54. Den Procentsatz der Dauerheilungen (mindestens 3 Jahre nach der Operation) berechnet R. aus seiner Statistik auf 22,7%. Wie weit die neuerdings geübte radikalere Methode mit Fortnahme beider Brustmuskeln die Resultate der Operation des Mammacarcinoms noch zu verbessern im Stande ist, kann Verf. noch nicht bestimmen, da dieses Verfahren noch nicht genügend lange ausgeübt wird. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

27) **Scheiber.** Über einen Fall von durch Spleniuskrampf bedingtem Torticollis rheumaticus nebst Beitrag zur Lehre von den verschiedenen Kontrakturformen.

(Wiener med. Wochenschrift 1900. No. 6 u. 7.)

Von isolirtem Spleniuskrampfe existiren bis jetzt mit Einschluss des hier beschriebenen Falles im Ganzen 7 Beobachtungen.

Im vorliegenden Falle handelte es sich um eine Kontraktur gemischten Charakters — aktive und passive (paralytische) Kontraktur im rechten Splenius tonischer und klonischer Natur (Zitterkrampf) — auf rheumatischer Grundlagen Pathognomische Stellung des Kopfes dabei nach rechts und hinten, Drehung des Gesichtes bezw. Kinnes nach rechts oben, Neigung des Kopfes gegen die rechte Schulter. Dabei fehlt Anspannung und Schmerzhaftigkeit des rechten Splenius, Anspannung des linken Sterno-cleido-mastoideus. Durch Faradisation des linken Splenius kann der Kopf vorübergehend in die gerade Stellung gebracht werden. **Herm. Frank** (Berlin).

28) **Labbé und Ferrand.** Adénolipomatose d'origine tuberculeuse.

(Soc. méd. des hôpitaux 1901. Juni 14.)

18jährige Frau. In der Kindheit Zeichen von Skrofulose. Seit dem 8. Lebensjahre immer mehr zunehmende Anschwellung des ganzen Halses. Zur Zeit ist der Hals von weichen, diffusen Fettmassen umgeben, in welchen man zahlreiche harte, kleine, verschiebliche Drüsen durchfühlen kann. Sonst keine Drüsenschwellungen am Körper. Tuberkulinreaktion positiv. Verff. glauben, dass die primäre Tuberkulose der Halsdrüsen bei dem zu Adipose prädisponirten Individuum zur Fettentwicklung angeregt habe. **Mohr** (Bielefeld).

Naturforscher-Versammlung in Hamburg vom 22. bis 28. September 1901.

*15. Abtheilung: **Chirurgie.***

Angekündigte Vorträge.

1. *Albers-Schönberg (Hamburg). Die Anwendung des elektrolytischen Unterbrechers im Röntgenarmamentarium (mit Demonstrationen).*

2. *v. Bramann* (*Halle*). *Thema vorbehalten.*
3. *Casper* (*Berlin*). *Beitrag zur Diagnostik in der Nierenchirurgie.*
4. *Helferich* (*Kiel*). *Bemerkungen über plastische Chirurgie.*
5. *Hoffa* (*Würzburg*). *Experimentelle Begründung der Sehnenplastik.*
6. *Jordan* (*Heidelberg*). *Die Entstehung von Tumoren, Tuberkulose und anderen Organerkrankungen nach Einwirkung stumpfer Gewalt unter Ausschluss von Frakturen, Hernien, traumatischen Neurosen.*
7. *Kölliker* (*Leipzig*). *Äther-Chloroformnarkose.*
8. *Kollmann* (*Leipzig*). *a. Demonstration urologischer Instrumente. b. Komplementäre Intra-Urethrotomie.*
9. *Kuhn* (*Cassel*). *Zur Transplantation.*
10. *Lexer* (*Berlin*). *Zur Operation des Ganglion Gasseri.*
11. *Loewenhardt* (*Breslau*). *Funktionelle Nierendiagnostik.*
12. *Lorenz* (*Wien*). *Über die unblutige Behandlung des angeborenen Schiefhalses.*
13. *Marwedel* (*Heidelberg*). *Wanderniere und Gallensteine.*
14. *v. Mikulicz* (*Breslau*). *Chirurgische Erfahrungen über das Magencarcinom.*
15. *Müller* (*Aachen*). *Zur chirurgischen Behandlung der Venenthrombosen.*
16. *Riedinger* (*Würzburg*). *Über willkürliche Verrenkung des Oberarmes.*
17. *Sarfert* (*Berlin*). *Die Eröffnung von Lungenhöhlen.*
18. *Schaefer* (*Breslau*). *Über Blasenoperationen ohne Narkose und Anästhetica.*
19. *Schede* (*Bonn*). *Rückenmarkstumoren und ihre chirurgische Behandlung.*
20. *Schlagintweit* (*München-Bad Brückenau*). *Kritik der Bottini'schen Operation an 150 Experimenten und 82 Präparaten von Prostatahypertrophie aus der Sammlung Guyon des Hospitals Necker in Paris.*
21. *Schuchhardt* (*Stettin*). *Thema vorbehalten.*
22. *Straus* (*Frankfurt a/M.*). *Zur funktionellen Nierendiagnostik.*
23. *Vulpius* (*Heidelberg*). *Über die Behandlung von Kontrakturen und Ankylosen des Kniegelenkes.*
24. *Zuckerkandl* (*Wien*). *Über Blasensteinoperationen.*

Projektionsapparate, Epidiaskop und Mikroskope stehen zur Verfügung. Für die Benutzung des Projektionsapparates wird die vorherige Angabe der Plattengröße erbeten.

Die Abtheilung ladet ein zu:

Jordan (*Heidelberg*). *Entstehung von Tuberkulose, Tumoren und anderen Organerkrankungen nach Einwirkung stumpfer Gewalt unter Ausschluss von Frakturen, Hernien, traumatischen Neurosen.*

Die Abtheilung ist eingeladen zu

Quincke (*Kiel*) *und Garrè* (*Königsberg*). *Chirurgische Behandlung der Lungenkrankheiten;*

v. Bokay (*Budapest*) *und Siegert* (*Straßburg*). *Tracheotomie und Intubation bei Diphtherie seit der Serumperiode;*

zu Vorträgen über Licht- und Röntgentherapie.

Im Auftrage einer größeren Anzahl von Kollegen erlässt Herr Dr. Hoeftmann in Königsberg einen Aufruf an alle deutschen Orthopäden bezw. alle diejenigen Kollegen, die sich für Orthopädie interessiren, sich in Hamburg zu einer Besprechung über die Frage der Gründung einer deutschen Gesellschaft für Orthopädie einzufinden. Die Zusammenkunft soll am 23. September Nachmittags stattfinden.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 34. **Sonnabend, den 24. August.** **1901.**

I.

(Aus der chirurgischen Klinik zu Breslau.)

Ein Kurzschlussunterbrecher für die Zwecke der Endoskopie.

Von

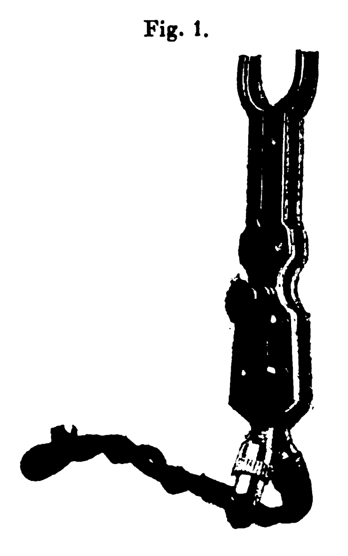
Prof. Dr. A. Henle.

Die Möglichkeit, Starkstromleitungen direkt, d. h. nach Einschaltung des nöthigen Widerstandes, zum Betriebe der für die Endoskopie, besonders diejenige der Harnblase gebräuchlichen kleinen Lampen zu benutzen, scheiterte bisher daran, dass der Untersuchende,

wenn er nach Ausschaltung der Lampe den Griff des Cystoskops in der Hand behält, höchst unangenehme elektrische Schläge bekam. Es ist dies leicht verständlich. Durch die berührende Hand wird der Stromkreis geschlossen und zwar um so mehr, als die Finger in der Regel nass sind. Nur so lange die Lampe eingeschaltet ist, wird der Bruchtheil von Strom, der durch den einen viel größeren Widerstand bietenden Körper geht, zu gering sein, um sich bemerklich zu machen. Andererseits muss man aber gerade beim Cystoskopiren, schon um eine übermäßige Erhitzung zu vermeiden, die Lampe öfter auslöschen.

Man kann nun die erwähnten Unannehmlichkeiten, wenigstens bei Gleichstromleitungen von nicht allzu hoher Spannung, in einfachster Weise umgehen, wenn man sich eines Ausschalters bedient, wie ich ihn habe anfertigen lassen[1]. Es handelt sich allerdings dabei streng genommen nicht um eine Ausschaltung, sondern die Lampe wird nur durch Kurzschluss ihres Stromes beraubt, was um so eher geschehen kann, als die eingeschalteten Widerstände groß genug sind, um ein Durchbrennen der Sicherungen resp. eine Gefährdung der Leitung durch den Kurzschluss zu verhindern. Der Strom bleibt demnach andauernd durch einen guten Leiter geschlossen, und die Möglichkeit, dass die berührende Hand von einem bemerkbaren Stromquantum durchflossen wird, fällt fort.

Fig. 1.



Äußere Form und Handhabung des mit dem Kurzschlussunterbrecher ausgestatteten Cystoskophandgriffes entsprechen durchaus den bisher gebräuchlichen Apparaten. Durch Vorschieben resp. Zurückziehen eines Knopfes wird die Lampe zum Leuchten gebracht und wieder ausgelöscht (Fig. 1).

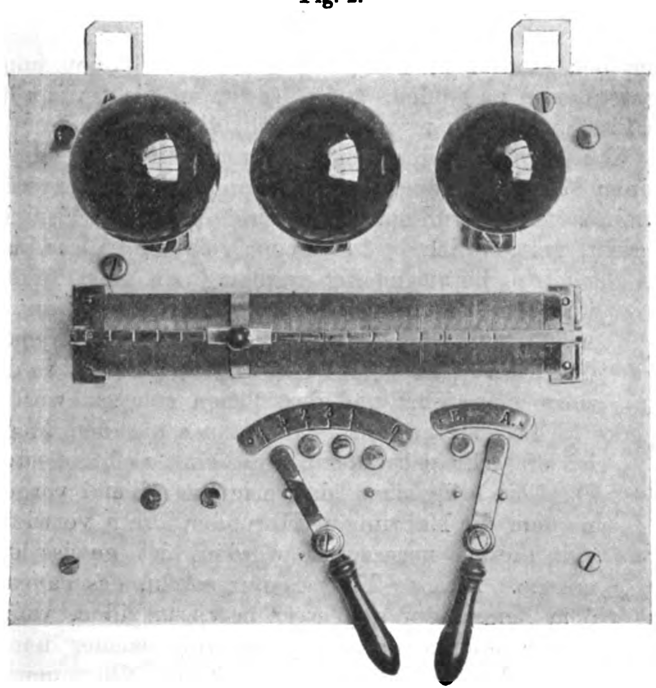
Als Widerstand dient uns ein Brett, auf welchem 3 Glühlampen von 16, 25 und 32 Kerzen angebracht sind (Fig. 2). Durch Verstellung eines Hebels ist man im Stande, je eine von ihnen oder auch zwei neben einander in den Stromkreis einzuschalten, in welchen außerdem noch ein kurzer Rheostat eingefügt ist. Dieser letztere dient dazu, innerhalb der etwas großen Stufen der Stromstärke, welche sich durch den Wechsel der Lampen erreichen lassen, die feinere Regulirung zu bewirken. Der Widerstand der Lampen richtet sich natürlich nach der Spannung des verfügbaren Stromes und dürfte in der

[1] Bei Georg Härtel in Breslau.

Regel auf 110 Volt zu bemessen sein. Damit das Licht der Widerstandslampen nicht stört, sind sie aus dunkelgrünem oder dunkelrothem Glas angefertigt; man kann das Brennen der Lampen jederzeit kontrolliren. Auf dem Schaltbrette ist bequem erreichbar ein Ausschalter angebracht, welcher ein Unterbrechen des ganzen Stromes gestattet. Der zum Anhängen an die Wand eingerichtete Apparat kann dauernd mit der Leitung verbunden sein oder man stellt den Anschluss nur nach Bedarf mittels Anschlussdose und Stöpsel her.



Fig. 2.



Der durch den Kurzschluss bedingte Mehrverbrauch an Strom dürfte bei Gleichstromanlagen nicht ins Gewicht fallen, wenn man bedenkt, wie viel Kraft bei dem Gebrauche von Accumulatoren und Transformatoren verloren geht. Bei Wechselstrom wird sich dagegen eher die Anwendung eines Transformators empfehlen.

Eben so wie für die Cystoskopie lässt sich das Princip des Kurzschlussunterbrechers natürlich auch für alle anderen Arten der Endoskopie verwenden.

II.

(Aus der chirurgischen Klinik zu Breslau.)

Zur Technik der Sondirung schwer permeabler Speiseröhrenverengerungen.

Von

Prof. Dr. A. Henle.

Unter den Methoden, den Weg durch für Sonden impermeable Ösophagusstenosen zu finden, steht, so lange die Speiseröhre noch geringe Flüssigkeitsmengen passiren lässt, die von Socin angegebene obenan. Man lässt den mit einem Magenmunde versehenen Kranken einen feinen Faden schlucken, an dem einige feinste Schrotkügelchen befestigt sind. Diese werden, wenn man dem Pat. Flüssigkeiten zu trinken giebt, gelegentlich in den Magen gelangen. Der Faden muss dann aus der Fistel herausgeleitet werden. An dem feinen Faden wird ein starker nachgezogen und dieser dient dann zur Ausführung der Sondirung ohne Ende, indem Gummidrains von steigender Dicke an ihm befestigt in die Speiseröhre eingeführt und dort liegen gelassen werden.

Das Herausleiten des Fadens aus dem Magenmunde ist oft sehr zeitraubend und eine rechte Geduldsprobe. Dass die Kügelchen sich, wie uns einmal vorgekommen, in dem die Nahrung zuführenden Drain verwickeln, und mit diesem vorgezogen werden, ist gewiss eine Ausnahme. Auch gelingt es nur selten, das Fadenende aus dem Magen durch Wasser herauszuspülen, welches man in die Magenfistel einspritzt und wieder herausfließen lässt. Das Angeln mit einer Zange führt meist schließlich zum Ziele, aber oft erst nach vielen vergeblichen Versuchen. Auch hat das Fischen in der Tiefe des Magens mit einem Instrumente, welches doch geeignet ist, Verletzungen zu setzen, immer etwas Unbehagliches.

Die aufgeführten Schwierigkeiten werden erheblich vermindert, wenn man anstatt der Schrotkörner feinste Eisenkügelchen von ca. 1—1,5 mm Durchmesser anwendet; diese kann man dann mit einem kräftigen Elektromagneten, den man in die Magenfistel einführt, leicht auffangen. Ich habe mir einen solchen anfertigen lassen, dessen eiserner Kern etwa die Form einer Steinsonde hat und bei einer Länge von 28 cm 10 mm dick ist (s. Figur). Eine Drahtspule lässt sich auf dem Kern verschieben. Wenn man durch diese einen entsprechend kräftigen Strom hindurchleitet, wird das Eisen hinreichend magnetisch, um die Kügelchen anzuziehen, auch ohne dass es dieselben direkt berührt, und so weit festzuhalten, dass man sie

vor die Fistel bringen kann. Der Kranke fühlt dabei sogar den Zug, der durch den Magneten auf den Faden ausgeübt wird. Bei genügender Aufmerksamkeit wird man das Anschlagen der Kügelchen an den Magneten deutlich hören. Wir verwenden in der Regel 3—4 Eisenkügelchen, welche in Abständen von je 5 cm auf den Faden aufgereiht werden, und zwar zum Theil in dem Gedanken, dass von ihnen noch leichter eines in die Nähe des Magnets gerathen wird, als ein einzelnes.

Natürlich krankt auch diese Methode daran, dass man nie sicher ist, ob das Ende des Fadens mit den Kugeln schon den Magen erreicht, oder ob es ihn womöglich schon wieder durch den Pylorus verlassen hat, wenn man auch letzteres durch entsprechende Bemessung der Fadenlänge einigermaßen unmöglich machen kann. Man wird daher auch bei Anwendung des Magneten oft genug vergeblich angeln. Aber man wird die einzelne Sitzung viel kürzer machen können, da das Auffinden der Kugeln Dank der Fernwirkung des Magneten ein sehr sicheres ist. Führte ich den armirten Faden durch die Magenfistel in den Magen ein, so genügte ausnahmslos in einer großen Reihe von Versuchen ein einmaliges Einführen und Hin- und Herbewegen des Magneten, um die Kugel zu fangen. Man darf daher, wenn man einige wenige Male erfolglos geangelt hat, annehmen, dass das Eisen sich nicht im Magen aufhält und kann den Versuch sofort abbrechen. Andererseits kann man mit dem stumpfen Instrumente Schaden wohl kaum anrichten. Es hat sich in einem Falle von Ösophagusstenose in Folge von Aktinomykose und bei einer Verätzungsstriktur gut bewährt.

---

1) **B. Möllers.** Über die Bedeutung von Morell-Lavallée's Décollement traumatique in der Friedens- und Kriegschirurgie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 535.)

R. Köhler (Berlin) hat bekanntlich in einem längeren Artikel in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie (cf. unser Referat d. Bl. 1889 p. 498) die oben genannte Verletzung eingehend erörtert und sie dem allgemeinen Interesse der Chirurgie näher zu rücken gesucht. Köhler hat denn auch vorliegende Arbeit angeregt. Von einem genaueren Berichte über dieselbe kann an dieser Stelle abgesehen werden, da ihr Inhalt im Wesentlichen dem der Köhler'schen Arbeit entspricht. Freilich ist die inzwischen hinzugekommene Litteratur berücksichtigt. Doch ist dieselbe ziemlich spärlich (4 Doktordissertationen, eine Arbeit von Koch-Nürnberg und 20 neue Fälle Köhler's aus der Charité) und hat nichts Wichtiges zu dem Gegenstande neu hinzugebracht. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

2) **Bianchi.** Contributo alla conoscenza dell' origine della sinovia.

(Sperimentale 1901. No. 2.)

Histologische Untersuchung frischer Gelenke ergab eine Bestätigung der Angaben von Hammer, Hagen-Thorn u. A., dass die Synovialis weder Epithel noch Endothel besitzt, sondern dass die Bindegewebszellen, zum Theil abgeplattet, mehrschichtig, aber immer an Ausläufern und einer Grundsubstanz erkennbar, die Begrenzung nach der Gelenkhöhle bilden, eben so die Befunde der Autoren über die Degeneration und Abstoßung von Zellen in Querschichten der Synovialis wie des Gelenkknorpels. Histochemisch vergleicht B. die Färbung, welche der hauptsächlichste Bestandtheil der Synovialis, das Synovin (Salkowski) einerseits, andererseits die verschiedenen Gelenkschichten und Bestandtheile bei Behandlung mit verschiedenen Jodstoffen geben. Es stellte sich nun eine weitgehende Übereinstimmung zwischen Synovia und der Grundsubstanz des Knorpels in der Mantelschicht heraus. Abweichend dagegen verhält sich das Synovialisgewebe. Daher schließt B. sich der Ansicht an, dass die Synovia aus der zerfallenden Grundsubstanz der Gelenkknorpel stammt und aus ihr ausgepresst wird, während die sich abstoßenden Zellen der Synovialis keine Bedeutung besitzen. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

---

3) **C. Hübscher.** Weitere Mittheilungen über die Perimetrie der Gelenke.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 487.)

H. hat in Bd. XLV genannter Zeitschrift zunächst für das Handgelenk eine Methode angegeben, die Gelenkbeweglichkeitsgrenzen in dem bekannten Perimeter der Augenärzte auszumessen und durch Eintragung der resultirenden Maße in ein ophthalmologisches Gesichtsfeldschema graphische »Bewegungsfeld«-Darstellungen aufzunehmen (cf. unser Referat in d. Bl. 1897 p. 1249). H. hat seitdem diese ansprechende Registrirmethode fleißig weiter ausgearbeitet und auch auf andere Gelenke, Fußgelenk, Schultergelenk, angewandt. Auch hier sind leicht ablesbare Bewegungsfeldschemata gewonnen, die jetzt publicirt werden. Ein praktisch konstruirtes perimetrisches Stativ für Gelenke wird beschrieben und abgebildet. H. fand, dass diese perimetrischen Gelenkbeweglichkeitsaufnahmen bei paralytischen Deformitäten leicht den Bereich der Muskellähmungen erkennbar machen und daher auch zur Stellung therapeutischer Indikationen (Sehnenplastik) von Nutzen sind. Plattfüße konnten schon im sog. Latenzstadium an der durch das Verfahren nachzuweisenden Insufficienz der Supinatoren erkannt werden.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).



4) **H. Küttner.** Stereoskopische Röntgenaufnahmen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 2.)

K. hat auf dem chinesischen Kriegsschauplatze (Vereinslazarett vom Rothen Kreuz in Yangtsun) bei sämmtlichen Knochenbrüchen und Schussverletzungen, so wie an einer Anzahl von Schusspräparaten an erlegtem Wilde Gelegenheit gehabt, das Hildebrand'sche stereoskopische Röntgenverfahren zu erproben. Auf die Anfertigung verkleinerter Diapositive konnte verzichtet werden, da es mit einiger Übung leicht gelang, die auf einer Platte (24 : 30) befindlichen Aufnahmen durch Konvergiren zu vereinigen. Schon bei einfachen Knochenbrüchen bot das stereoskopische Skiagramm entschieden mehr als das gewöhnliche Röntgenbild. Vor Allem aber erwies es sich als sehr werthvolles diagnostisches Hilfsmittel bei schweren Splitterbrüchen, da sich genau die verschiedenen Schichten und Ebenen erkennen ließen, in denen die Splitter und Geschosstheile lagen. Man erhielt von den anatomischen Verhältnissen eine Anschauung, wie sie sich anders bei Lebenden in dieser Vollkommenheit nicht erzielen lässt. Dass auch zum Aufsuchen von Fremdkörpern das Verfahren von großem Werthe ist, wird an einem konkreten Falle geschildert, in welchem sich ein Geschoss im Innern der Femurepiphyse erkennen ließ. Vermuthlich dürfte die stereoskopische Aufnahme auch für andere chirurgische und für Unterrichtszwecke äußerst brauchbar sein. **Honsell** (Tübingen).

---

5) **L. Freund** (Wien). Die physiologischen Wirkungen der Polentladungen hochgespannter Induktionsströme und einiger unsichtbarer Strahlungen.

(Aus den Sitzungsberichten der kaiserl. Akademie der Wissenschaften in Wien. Mathem.-naturw. Klasse Bd. CIX. Abth. 3. 1900. Oktober.)

Der Streit, welcher Faktor bei der Röntgenbestrahlung die Veränderungen der Haut hervorruft, ist immer noch nicht entschieden; die Einen meinen, die Kathodenstrahlen allein seien das wirksame Agens, die Anderen zogen elektrische und elektrodynamische Wellen heran, Andere machten die ultravioletten Strahlen, die Funken und Büschelentladungen, der auf der Vacuumröhre angesammelten Spannungselektricität etc. für die Wirkung verantwortlich. Nach einigen Versuchen, bei denen er alle anderen chemischen und physikalischen Faktoren bis auf die X-Strahlen ausgeschaltet zu haben glaubte, war F. der Ansicht, dass die Röntgenstrahlen allein die Wirkung auf die Haut ausübten. Bei weiteren Experimenten mit hochevacuirten Röhren (die also X-Strahlen in ganz geringer Menge enthalten) oder mit gewöhnlichen Röntgenröhren, bei denen er den Strom an der Kathode und nicht an der Anode eintreten ließ, konnte F. bei genügend langer Bestrahlung dieselben Resultate (d. h. bei seinen Experimenten Enthaarung) erzielen. Danach waren die X-Strahlen jedenfalls nicht das Wirksame. Inzwischen wurden die

Wirkungen der Teslaströme und der Franklinisation von d'Arsonval, Oudin, Charrin u. A. näher studirt, wobei thatsächlich in mancher Beziehung ganz ähnliche Hautreaktionen auftraten, wie bei der Röntgenbestrahlung. Dies brachte F. auf die Idee, dass seine früheren Experimente nicht einwandsfrei seien, und dass auch hier wie dort direkte elektrische Entladungen das wirksame Agens seien. Von dieser Voraussetzung ausgehend, stellte er eine neue Reihe von 55 einzelnen Versuchen an (jeder Versuch wurde 5—6mal wiederholt). Es würde zu weit führen, auf die einzelnen Experimente einzugehen, deren Studium Ref. aber sehr empfehlen möchte; nur so viel, dass das leitende Princip war, nur die elektrischen Entladungen wirken zu lassen; also entweder ließ F. elektrische Funken direkt auf die Haut, Plattenkulturen etc. wirken, oder er experimentirte mit Röntgenröhren, bei denen er sämmtliche physikalische und chemische Faktoren bis auf die Funkenentladungen ausschaltete.

Die Resultate seiner Versuche fasst F. in folgenden Schlusssätzen zusammen:

1) Direkte Funkenschläge, gleichgültig wie sie entstehen, ob als direkte Polentladungen des Funkeninduktors, oder als Effluvien des d'Arsonval-Oudin'schen Apparates, können beim Thier Haarausfall zu Wege bringen.

2) Direkte Funkenschläge sind im Stande, Aussaaten und bereits entwickelte Kulturen des Staphylococcus pyogenes aureus, des Typhusbacillus, des Diphtheriebacillus, des Anthraxbacillus, des Soorpilzes, des Tuberkelbacillus und des Achorion Schoenleinii in der weiteren Entwicklung zu hemmen resp. abzutödten.

3) Diese Wirkung der direkten Funkenschläge wird durch Verwendung einer Erdableitung, einer verlängerten Exposition, eines geringeren Elektrodenabstandes, einer schnelleren Unterbrechung des den Sekundärstrom inducirenden Primärstromes und durch Steigerung der Intensität des letzteren erhöht.

4) Die besagte Wirkung äußert sich unter Umständen auch durch dünne Schichten von Holz, Papier, Aluminium, Stanniol und menschliche Leichenhaut.

5) Sie erstreckt sich auch auf Mikroorganismen, welche in Flüssigkeit suspendirt sind.

6) Die physiologische Wirkung der negativen Funkenentladung ist intensiver als jene der positiven, hingegen erstreckt sie sich auf ein kleineres räumliches Gebiet.

7) Die stillen Entladungen (z. B. bei Röntgenröhren, Ref.) stellen eine Erscheinungsform der Funkenentladung dar, durch welche letztere wohl Einiges an der Intensität ihrer physiologischen Wirkung einbüßen, durch welche jedoch manche unerwünschte Nachtheile der direkten Funkenschläge (z. B. Schmerz) vermeidbar sind. Ihr Wirkungsgebiet ist ein größeres als das der direkten Funkenschläge, ihre Wirkungsart qualitativ dieselbe, wie die der letzteren.

8) Den Röntgenstrahlen selbst kommt nach diesen Versuchen keine physiologische Bedeutung zu, in so fern ihr Einfluss auf das Bakterienwachsthum in Frage kommt.

9) Becquerel- und Phosphorescenzstrahlen äußern weder physiologische Wirkung auf die Bakterienentwicklung, noch auf die normale Hautdecke.

10) Die durch direkte Funkenentladungen in der Haut hervorgerufenen pathologischen Veränderungen bestehen in Blutungen in das Cutisgewebe, in Entzündung und in einer durch Vakuolenbildung sich charakterisirenden Gefäßerkrankung.

H. Wagner (Breslau).

---

6) **J. J. Grekow.** Beiträge zur Frage von den Knochendefekten des Schädels und deren Behandlung.

Diss., St. Petersburg, 1901. 164 S. (Russisch.)

G. hat diese Frage schon früher berührt, u. A. auch in diesem Blatte 1898 No. 39. Es sollen hier einige der Schlussfolgerungen des Verf. angeführt werden. Die Knochenneubildung findet von der Diploë, vom Pericranium und der Dura aus statt, hauptsächlich von ersterer, unmittelbar von den Osteoblasten des Keimgewebes. Als Ursachen verlangsamter und unvollkommener Knochenregeneration sind anzusehen das Verwachsen der Dura mit dem Pericranium, die Nekrose des Knochenrandes und die Interposition der Nachbargewebe. Der neu wachsende Knochen tritt erst dann in den Defekt hinein, wenn der nekrotische Knochenrand größtentheils durch ihn ersetzt ist; zuweilen sind dazu 3 Monate nöthig. Das Wachsthum des jungen Knochengewebes geschieht koncentrisch, oder öfter strahlenförmig. Wo die Nekrose des Randes geringer ist, wächst der Strahl, wo sie bedeutender ist, hemmt die Vernarbung der Periostblätter das Knochenwachsthum. — Kocher's Theorie ist einseitig und fordert weitere Nachprüfung. Das in die Defekte eingepflanzte Material hat 3 Zwecke zu erfüllen: es reizt die knochenbildenden Elemente, trennt die beiden Periostblätter, ihre Verwachsung hemmend, und dient dem von den Knochenrändern kommenden Keimgewebe als Lager, muss also die Lücke möglichst dicht ausfüllen. Die Knochenränder müssen angefrischt werden, alles Nekrotische entfernt sein. Das beste Material zur Knochenplastik ist ausgeglühter Knochen. Nicht immer ist die Implantation solchen Materials selbst in alte Defekte von Verwachsung der Dura mit dem Defekt begleitet (von 17 Experimenten blieb die Verwachsung in 3 resp. 4 Fällen aus). Die beste Methode der primären Knochenplastik ist die von Mac Ewen, der sekundären die von Müller-König.

Versuche wurden angestellt an 13 Kaninchen, 11 Hunden und 3 Katzen. Die Litteratur wird auf 8 Seiten angeführt; zum Schlusse kommen 4 Tafeln mit mikroskopischen Befunden.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

7) **Luys.** Les blessures des sinus de la dure mère.

(Presse méd. 1901. No. 48, 52 u. 55.)

L. bespricht das genannte Thema auf Grund von 41 Fällen von Verletzung des Sinus longitudinalis superior und von 16 Fällen von Verletzung des Sinus lateralis, welche er — zum großen Theile aus der Litteratur — gesammelt hat.

Es wird besonders hervorgehoben, dass bei in der Nähe des Sinus longitudinalis einwirkenden Gewalten in Folge der bekannten Formveränderungen des Kopfes häufig der Sinus lateralis reißt und umgekehrt. Interessant sind die Fälle, in denen diese Formveränderung ohne Fraktur allein zur Zerreißung eines großen Sinus genügte. Es kann sowohl zur Bildung eines extraduralen, wie eines subduralen Hämatoms kommen, welches dann das Bild des Hirndruckes verursacht. Häufig war das freie Intervall zwischen Verletzung und dem Eintritt schwerer Erscheinungen sehr ausgesprochen. Näheres Eingehen verbietet der beschränkte Raum.

Zur Blutstillung wird die seitliche Unterbindung oder Naht mit Recht als das beste Mittel empfohlen, doch werden Kontinuitätsunterbindung, Kompression durch liegenbleibende Klammern, Verstopfung durch Katgutbündel, Tamponade je nach Umständen für zulässig erklärt. Die Tamponade ist sicherlich das schlechteste Mittel, da sie, wenn sie wirksam sein soll, zugleich das Gehirn mit komprimirt, doch lässt sie sich nicht immer umgehen, wie Ref. selbst bei einem Falle von Sinuszerreißung, wo die Verletzungsstelle des Sinus nicht vor Augen lag, erleben musste. Die Blutung aus den hinteren Theilen des Sinus ist eben eine so enorme, dass das Leben des Pat. von Sekunden abhängt. **Bertelsmann** (Hamburg).

---

8) **M. Simmonds.** Über Meningitis tuberculosa bei Tuberkulose des männlichen Genitalapparates.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 19.)

S., welcher bereits vor 15 Jahren auf das überraschend häufige Zusammentreffen von tuberkulöser Meningitis mit Genitaltuberkulose aufmerksam gemacht hat, bestätigt diese Beobachtung in vorliegender Mittheilung aufs Neue, indem er unter 35 an Hirnhauttuberkulose verstorbenen Männern fast in der Hälfte eine ältere tuberkulöse Erkrankung der Geschlechtsorgane nachweisen konnte, während letztere nur in 10% phthisischer Männer angetroffen wurde. Bemerkenswerth ist, dass dieses häufige Zusammentreffen von Meningitis tuberculosa und Genitaltuberkulose nur für die Individuen jenseits der Pubertät, nicht für das Kindesalter zutrifft, und dass in einigen Fällen mit Tuberkulose der Genitalorgane behaftete Männer wenige Wochen oder Monate nach der Heirath an Meningealtuberkulose erkrankten, so dass möglicherweise die bei Gelegenheit geschlechtlichen Verkehrs erhöhte Kongestion der erkrankten Genitalien zu einer

Verschleppung der Tuberkelbacillen geführt hat. Nur in einem aller Fälle wurde ein Durchbruch käsiger Massen aus den Genitalorganen in eine Vene des Plexus pudendalis entdeckt. Für die Diagnostik sind die angeführten Thatsachen von großem Werthe, in so fern der Nachweis einer Tuberkulose des Nebenhodens oder der Samenblase etc. in manchen Fällen zweifelhafter akuter Hirnerkrankungen beim Manne zur Erkenntnis der tuberkulösen Natur derselben führen kann. **Kramer** (Glogau).

9) **Petrow.** Über die Pathogenese der Hirnbrüche.

(Mittheilungen d. militär-med. Akademie 1901. Februar. [Russisch.])

Ein $3^1/_2$ Jahre altes Mädchen wurde wegen eines Bruches an der Nasenbasis operirt. Die Geschwulst war 8 cm lang. Ablösung der Haut nach Entfernung von 40 ccm klarer Flüssigkeit durch Punktion; der Sack wird von den Knochen gelöst und eröffnet. Es drängt sich eine Hirngeschwulst vor, die rechts mit dem Sacke verwachsen ist. Entfernung des angewachsenen Stückes, leichte Reposition des Restes. Der überschüssige Sack wird entfernt, der Rest vernäht. Die Knochenlücke wird durch eine goldene Platte geschlossen. Eiterung, Tod nach 15 Tagen. Sektion: Meningitis, Hydrops der Hirnventrikel, Fehlen des Corpus callosum, Abplattung der Furchen und Verdickung des Ependyms.

Auf Grund des mikroskopischen Studiums und der Litteratur schließt Verf., dass alle Hirnbrüche Folgen von Bildungsanomalien sind, die das Verwachsen der primären Anlagen des Nervensystems und des sie umschließenden Knochens begleiten. Den Hirnbrüchen liegt hauptsächlich ein Neubildungsprocess zu Grunde, und daher ist die beste Benennung dafür die von Syssenkow vorgeschlagene: Cephaloma meningeum. Verf. bestreitet die Meinung, nach der die Bildung der Brüche durch fehlerhafte Ablösung des Hirnrohres vom Hornblatte verursacht wird; diese Meinung erklärt wohl genügend die Eigenheiten des Knochendefektes, doch ist bis jetzt noch kein Fall beschrieben, wo die Geschwulst in unmittelbarer Verbindung mit der epithelialen Hautschicht und deren Bildungen gewesen wäre. Dann ist diese Theorie nicht anwendbar bei Brüchen der Schädelbasis und der Wirbelkörper.

Übrigens kann man bis jetzt noch nicht genügend die Ursache aller dieser Bildungsfehler erklären. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

10) **H. Höniger.** Zur Diagnose der Geschwülste des Stirnhirns.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 19.)

H. berichtet über 2 nur klinisch beobachtete und über einen auch zur Sektion gekommenen Fall von Stirnhirngeschwülsten und fasst an der Hand der betrachteten Fälle die diagnostischen Kriterien dieser Geschwülste schließlich in folgenden Sätzen zusammen:

»Wir sind berechtigt, an eine Stirnhirngeschwulst zu denken, wenn ein Tumor cerebri von vorn herein mit psychischen Symptomen beginnt oder wenn im Verlaufe eines solchen psychische Symptome eine Rolle spielen. Die Diagnose wird erst dann eine wahrschein-

liche oder sichere, wenn frontale Ataxie oder Rumpfmuskelkrämpfe oder Sprachstörung als Herdsymptome auftreten und als Nachbarschaftssymptome sich entweder Erscheinungen von Seiten der motorischen Region oder, falls der Tumor nach der Basis wächst, von Seiten der betreffenden Nerven hinzugesellen. Selbstverständlich können auch zuerst Herdsymptome des motorischen Antheils des Stirnhirns, also motorische Aphasie und Rumpfmuskelschwäche etc. vorhanden sein.« **Kramer** (Glogau).

---

11) **Bier.** Über den Einfluss künstlich erzeugter Hyperämie des Gehirns und künstlich erhöhten Hirndruckes auf Epilepsie, Chorea und gewisse Formen von Kopfschmerzen.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VII. Hft. 2 u. 3.)

Nach der Annahme Vieler entstehen die epileptischen Anfälle durch venöse Hyperämie des Gehirns, welche zu vermehrter Spannung des Liquor cerebrospinalis führt, und durch plötzliche Druckschwankungen des Gehirns; Kocher hat daraufhin ein besonderes Operationsverfahren empfohlen. Ausgehend von der Ansicht, dass zur Klärung dieser Frage Thierversuche nicht weiterführen, hat B. am Menschen dahingehende Versuche gemacht, indem er um den Hals eine Gummibinde legte, um eine starke venöse Stauung im Gehirn und durch plötzliches Nachlassen der Binde sehr starke Druckschwankungen zu erzeugen.

Nachdem B. an sich selbst und anderen Ärzten durch Vorversuche festgestellt, dass dies Verfahren ungefährlich ist, dass in der That eine starke Spannungsvermehrung im Schädel eintritt, und dass man durch schnelles Anlegen und Abnehmen der Binde die schroffsten Druckschwankungen erzeugen kann, machte er an 10 Epileptischen Versuche. Es zeigte sich, dass die venöse Hyperämie nie die Zahl der epileptischen Anfälle vermehrt, im Gegentheil wurden sie bei Einigen vermindert; nur in einem Falle trat eine Verschlimmerung ein, in so fern die Anfälle zwar nicht häufiger, aber doch schwerer und langdauernder wurden. Es ist somit bewiesen, dass venöse Hyperämie des Gehirns und vermehrte Druckspannung in der Schädelkapsel nicht den epileptischen Anfall hervorrufen.

In einem Falle von Chorea brachte die Stauungsbinde eine ganz auffallende Besserung; einen sehr guten Dauererfolg hatte sie in einem Falle von nervösem Kopfschmerz. **Haeckel** (Stettin).

---

12) **E. Vidal** (Périgueux). Sur la technique de la cure radicale des thrombo-phlébites otitiques du sinus latéral.

(Arch. prov. de chir. 1901. No. 5.)

An der Hand zweier erfolgreich operirter Fälle bespricht V. die verschiedenen Verfahren der operativen Behandlung der Sinusthrombose bei Ohrerkrankungen und empfiehlt totale Freilegung der in

Betracht kommenden venösen Blutwege und die Ausräumung nöthigen Falls beider Sinus laterales einschließlich der Jugulares. Er operirte 2mal bei scheinbar hoffnungslosen Fällen in folgender Weise: Erst Aufsuchung der V. jug. an der einen, dann der anderen Seite, Unterbindung derselben, Vernähung des peripheren Endes mit der äußeren Haut und Drainage der thrombosirten Vene. Danach wurde, um die Sinus der Schädelbasis am Torcular Herophili zugängig zu machen, am Hinterhaupte ein großer Wagner'scher Haut-Periost-Knochenlappen mit der Brücke nach dem Nacken hin aufgeklappt, die Sinus laterales in der Nähe des Sinus confluens abgebunden und die Sinus laterales ebenfalls nach außen hin mit Gaze drainirt.

Den Schlussakt endlich bildete die Eröffnung des Warzenfortsatzes und die Freilegung des hier angrenzenden primär erkrankten Sinus und des Bulbus jugularis. Auch wird nach Entleerung des septischen Pfropfes desinficirt und drainirt. V. glaubt mit Chipault, dass bei diesen Erkrankungen die therapeutischen Erfolge um so größer und nachhaltiger sind, je kühner und vollständiger die Entfernung der septischen Massen vorgenommen wird.

P. Stolper (Breslau).

---

13) **Hecht** (München). Die Heißluftbehandlung bei chronischen Mittelohreiterungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 24.)

Die zuerst von Andrews empfohlene Methode, deren direkt baktericide Wirkung Hessler verneint hatte, ist von H. unter Benutzung des modificirten Holländer'schen Apparates bei einer Reihe von Fällen mit Erfolg angewandt worden. Verf. führt die Wirkung dieser Behandlungsart 1) auf die Austrocknung des Mittelohres nach Ausspülungen desselben und damit auf die Schaffung eines relativ ungünstigeren Bakteriennährbodens und 2) auf die herbeigeführte aktive Hyperämie mit ihren günstigen Folgezuständen eines stärkeren lokalen Blutwechsels zurück. Die heiße Luft wurde jedes Mal in einer Dauer von mehreren Minuten applicirt; Schmerzgefühle und Verbrennungen ließen sich völlig vermeiden. **Kramer** (Glogau).

---

14) **Soret** et **L. Nouëne** (Havre). Traitement ambulatoire des fractures de jambe.

(Arch. prov. de chir. 1901. No. 5.)

Die Gehverbände haben nach Ansicht der Autoren in Frankreich nicht die allgemeine Anerkennung und Anwendung gefunden wie in Deutschland. Sie geben desshalb eine ausführliche Litteraturzusammenstellung, in der die deutsche Chirurgie ganz besonders berücksichtigt ist. Die von den Verff. angewandten Verbände bezw. Apparate unterscheiden sich in wesentlichen Punkten nicht von den in Deutschland angewandten Gehverbänden, wie sie Heusner, Krause, v. Bruns, Liermann, Bardeleben u. A. angegeben haben.

P. Stolper (Breslau).

---

15) **A. A. Worobjew.** Über das Genu recurvatum.

(Wratsch 1901. No. 18 u. 19. [Russisch.])

W. bringt einen durch 6 Abbildungen erläuterten Beitrag zu diesem, sonst in den Lehrbüchern nur wenig berührten Kapitel, aus Ratimow's Klinik. Es werden 10 Fälle ausführlich beschrieben, und dabei folgende Eintheilung auf ätiologischer Grundlage gegeben. A. Erkrankung des Nervensystems als primäre Ursache (neuropathogenetische Abart): a. Genu recurvatum paralyticum (Kinderlähmung, Fall VI; Läsion des Rückenmarkes, Fall V); b. Genu recurvatum arthropaticum (Tabes; progressive Paralyse, Fall VIII). B. Erkrankung des Femur oder des Unterschenkels, oder des Knies als primäre Ursache (osteopathogenetische Abart): a. Genu recurvatum nach Fraktur der Tibia, Fall VII; b. nach Osteomyelitis, Fälle I, III, IV und X; c. nach Rachitis, Fälle II und IX; d. nach Tuberkulose, e. nach Syphilis (?); f. nach Kniegelenksentzündung. — Sehr häufig entsteht das Genu recurvatum beim Pes varo-equinus; da letzteres eine Folge langen Liegens ist, so kann man durch zweckmäßige Lagerung dem Entstehen desselben vorbeugen. — Weiterhin ist das Genu recurvatum eine zweckmäßige Selbsthilfe der Natur beim Schlottergelenk (im Knie), da es hier das Gehen ermöglicht; in solchen Fällen muss sich der Chirurg der Arthrodese enthalten.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

16) **Meiser.** Die Brüche der Mittelfußknochen als Ursache der Fuß- oder Marschgeschwulst.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IV. Hft. 3.)

Die Ergebnisse seiner mit zahlreichen, sehr schönen Röntgenbildern illustrirten Arbeit fasst Verf. in folgenden Schlusssätzen zusammen:

1) Jeder typischen Fuß- oder Marschgeschwulst liegt in der Regel ein Knochenbruch zu Grunde (in 27 Fällen M.'s 25mal).

Die Marschgeschwulst ist das typische Symptombild eines Bruches.

2) Der Bruch des Mittelfußknochens erfolgt durch Überlastung und über seine Elasticitätsgrenze hinausgehende Beanspruchung.

3) Am meisten gefährdet sind der 2. und 3. Mittelfußknochen, der 4. kommt selten, der 1. und 5. kaum je in Betracht.

4) Je länger der einzelne Mittelfußknochen, je tiefer sein Köpfchen im Stadium der Abrollung des Fußes steht und je schwächer er ist, um so häufiger treten Brüche an ihm auf.

5) Die Reihenfolge der Mittelfußknochen nach der Stärke angeordnet ist: 1, 2, 5, 3, 4, nach der Länge 2, 3, 4, 5, 1.

6) Der Knochen bricht wie ein überspannter Bogen an seiner konvexen Seite, d. h. Fußrückenseite.

7) Nur in einem Drittel aller Fälle war bei Brüchen eine Bruchlinie, Spalt oder Knick sichtbar. Das erhaltene Periost verhindert eine Trennung und Verschiebung der Bruchenden.

8) Der Bruch sitzt meist an der dünnsten Stelle des Mittelfußknochens, am Halse, im vorderen Drittel.

9) Callusbildung ist in der Regel nicht vor 10 Tagen, oft nicht vor 3 Wochen auf der Röntgenplatte sichtbar. Kugel- und Spindelcallus sind der Ausdruck eines geheilten Bruches.

10) In seltenen Fällen mit dem gleichen Symptombilde hat die Elasticität des Knochens einen Bruch verhindert. Dafür ist die Knochenhaut stärker betroffen. Es entstehen dann langgestreckte, flache, glatte, über die ganze Länge der Diaphyse ausgedehnte Knochenverdickungen.

11) Wegen der seltenen und geringen Verschiebung der Bruchenden erfolgt durchschnittlich eine Restitutio ad integrum.

H. Wagner (Breslau).

Kleinere Mittheilungen.

17) VII. Kongress der Deutschen dermatologischen Gesellschaft. Breslau 38.—30. Mai 1901.

Schon seit einer Reihe von Jahren herrscht das Bestreben, die Kongresse der Deutschen dermatologischen Gesellschaft hauptsächlich zu Demonstrationen und Diskussionen auszunutzen. Die von Herrn Albert Neisser getroffenen diesmaligen Vorbereitungen erreichten dieses Ziel um so vollkommener, als bereits einige Wochen vor dem Tagen des Kongresses den Theilnehmern ein 236 Seiten starker Band die bis zum 1. Mai eingereichten Referate, Vorträge und Schlussfolgerungen, so wie ein Verzeichnis der beabsichtigten Demonstrationen mikroskopischer Präparate etc. zur Kenntnis brachte.

Die Demonstration des außerordentlich reichhaltigen Krankenmaterials, zu welchem nicht nur die Breslauer Hautklinik, sondern auch das Kopenhagener Finsen-Institut, die Wiener Klinik unter Prof. Neumann's Leitung, Dr. Schiff-Wien und zahlreiche andere Hautärzte beigesteuert hatten, fand an allen 3 Kongresstagen vor Beginn der Sitzungen von 8—$9^1/_2$ Uhr in den Krankensälen der Kgl. Hautklinik in so übersichtlicher Weise statt, dass die Betrachtung der Kranken und die daran sich anschließenden Diskussionen gewinnbringend waren.

Es waren 2 Referate vorbereitet worden: von Blaschko-Berlin über die Nervenvertheilung in der Haut in ihrer Beziehung zu den Erkrankungen der Haut, von Schiff-Wien über den gegenwärtigen Stand der Röntgentherapie.

I. Das Blaschko'sche Referat, welches durch 22 Foliotafeln, Zeichnungen und ausgiebige Sammlung der Litteratur besonders werthvoll ist, giebt ein glänzendes Zeugnis, wie vorzüglich der Autor die schwierige Materie beherrscht und übersichtlich zu gruppiren weiß.

Er erörtert den Verlauf und die Vertheilung der Hautnerven: Die Voigtschen Grenzlinien sind die Ränder der embryonalen Plattenanlagen; am Rumpfe liegen sie parallel neben einander. An den oberen Extremitäten, wo sie Bolk nachwies, haben sie sich verschoben, derart, dass das 7. und 8. Cervicalsegment vom Rumpfe verschwunden ist und auf Handfläche und Handrücken zu liegen kommt, während auf Vorder- und Rückenfläche des Armes das 6. Cervicalsegment an das 9. und 10. angrenzt und daselbst eine »Differenzirungsgrenze« bildet. An den unteren Extremitäten sind die Verhältnisse ähnlich. Die einzelnen spinalen Bezirke sind auf der Haut schwer abzugrenzen, da sie sich theilweise gegenseitig überlagern (Doppelinnervation).



2) Welche Hauterkrankungen entsprechen in ihrer Lokalisation den Hautnerven?

21 Sektionen von Herpes zoster-Fällen (Head und Campbell) beweisen, dass Herpes zoster stets durch die Erkrankung eines einzigen Spinalganglion verursacht wird, und dass das häufige Übergreifen des Zoster auf benachbarte Spinalnervenbezirke durch die oben erwähnte Überlagerung oder durch Kommunikationsfasern zwischen 2 Spinalganglien zu erklären ist.

Lineäre Naevi verrucosi sind die Folge von Entwicklungsstörungen an den Grenzen der embryonalen Plattenanlagen; weiche Naevi (pilosi, pigmentosi, teleangiectatici), Angioneurosen, Vitiligo, Purpura sind nicht an die Grenzen der Plattenanlagen gebunden.

3) Besteht ein Zusammenhang zwischen Haut- und Nervenerkrankung?

Bei Herpes zoster ist ein solcher sicher anzunehmen; im Allgemeinen aber giebt einseitige oder doppelseitige Anordnung einer Hauterkrankung keine Berechtigung zur Annahme einer Nervenerkrankung; bei strich- oder bandförmigen Hauterscheinungen ist die Möglichkeit eines Zusammenhanges mit nervösen Störungen nicht zu leugnen; Hautaffektionen im Verlaufe peripherer oder spinaler Nerven lassen zumal bei Sensibilitätsstörungen auf nervöse Ursachen schließen.

Am Schlusse einer lebhaften Diskussion betont Blaschko, dass er bei Hautatrophien nicht eine nervöse Ursache, sondern einen längs der Gefäße fortschreitende Degenerationsvorgang annehme.

II. Schiff (Wien): Der gegenwärtige Stand der Röntgentherapie.

Seit dem ersten wissenschaftlich kontrollirten Versuche Freund's (Wien) (1897), die Röntgenstrahlen zur Behandlung von Dermatosen zu benutzen, ist in dieser Richtung von verschiedenen Autoren vielfach und mit Erfolg gearbeitet worden. Durch vorsichtige Anwendung, d. h. zahlreiche, wenig intensive Sitzungen — Stromstärkemaximum 2 Ampère, Spannungsmaximum 12 Volt, Entfernung 15—20 cm, Einzelsitzung nicht länger als 10 Minuten — erzielt S. die besten therapeutischen Erfolge ohne unangenehme Nebenerscheinungen. Schon 1898 vertraten S. und Freund die Anschauung, dass die Intensität und Qualität der Röntgenstrahlen von verschiedenen bisher nicht genügend erkannten Vorgängen im Innern der Entladungsröhre abhängig sei. Bei der Epilationsbehandlung zeigt sich kurz vor dem Beginne des Haarausfalles Auftreten von schwacher Braunfärbung, welche bald wieder schwindet, und völliges Weißwerden der Haare. Bei Favus, Sycosis und anderen entzündlichen oder parasitären Haarerkrankungen übertrifft die Röntgenstrahlenbehandlung nach S.'s Meinung alle anderen Behandlungsmethoden, zumal bei den verschiedenen Affektionen die Vernichtung des Haarbulbus sich während dreier Jahre als konstant erwies, und Recidive nicht auftraten. — Die Lupusbehandlung durch Röntgenstrahlen erfordert die Entwicklung einer tiefen Entzündung, um die Lupusknötchen zum Ausfalle zu bringen und um torpide Geschwüre in frisch granulirende zu verwandeln. Zu diesem Zwecke wird die elektromotorische Kraft auf $3^1/_2$ Ampère, die Stromstärke auf $12^3/_4$ Volt erhöht und die Röhre bis auf 10 cm dem Objekte genähert. Für isolirte Lupusknötchen bleibt die Exstirpation und Transplantation die idealste Methode, aber ausgedehnte, tief ulceröse Processe besonders der Schleimhäute eignen sich für die Röntgenbestrahlung. Die Finsen'sche Lichtbehandlung ist, so gute Resultate sie auch liefert, eine äußerst langwierige und umständliche Behandlungsmethode, welche immer nur kleine Bezirke auf einmal anzugreifen vermag. — Die Tiefenwirkung der Röntgenstrahlen veranlasste S., auch Lupus erythematodes, einen in den Kapillaren des Coriums und Papillarkörpers sich abspielenden Entzündungsprocess, hiermit zu behandeln, und zwar mit Erfolg.

Bei der Behandlung von Hautkrankheiten sind nach Freund und S. nicht die Röntgenstrahlen an sich, sondern die stillen Entladungen der an der Röntgenröhre angesammelten Spannungselektricität das physiologisch Wirksame. S. empfiehlt nur regulirbare Röhren zu benutzen, d. h. Röhren, deren Vacuum durch Einschaltung einer angeschmolzenen Ansatzröhre erniedrigt werden kann, um den Stromdurchgang zu erleichtern. Wenn auch »weiche« Röhren, d. h. solche mit

greingem Vacuum schnellere und wirksamere Effekte erzielen als »harte« Röhren, so empfiehlt S. dennoch zur Vermeidung stürmischer entzündlicher Erscheinungen nur die harten Röhren. Die Anschauungen über die baktericide Wirkung der Röntgenstrahlen sind noch widersprechende. Die Einen glauben eine Wachsthumshemmung der Tuberkelbacillen und eine Verzögerung der allgemeinen Infektion bewirkt zu haben, die Anderen stellen das in Abrede. Eben so wenig entschieden ist die Frage nach dem wirksamen physikalischen oder chemischen Agens in der Röntgentherapie. Es ist die Aufgabe der Forschung, demnächst mit den einzelnen physikalischen Faktoren zu arbeiten, welche bei der Einwirkung der Röntgenstrahlen zusammen thätig sind.

Diskussion: Lion (Mannheim) theilt die Erfahrungen der Breslauer dermatologischen Klinik mit, wonach beim Favus sich die Röntgentherapie als mildes und sicheres Epilationsmittel erwies, aber nach der Epilation eine langdauernde Nachbehandlung nothwendig war, weil oft Theile der inneren Haarwurzelscheide und in ihnen Krankheitserreger zurückbleiben. Bei Lupus traten häufig bald Recidive auf. Die Wirkung der Röntgenstrahlen ist eine kumulative und individuell sehr verschiedene; der oberflächliche, diphtheroide Röntgenschorf ist außerordentlich torpide und zeigt eine auffallend geringe Heilungstendenz.

Sternthal (Braunschweig) demonstrirt eine Radiumröhre, welche nur einen Strom von 0,8—2 Ampère und 8 Volt Spannung erfordert und ohne Schaden direkt auf die Haut aufgelegt werden kann.

Kienböck (Wien) hält die Röntgenstrahlen selbst für die wirksame Kraft und die elektrischen Entladungen der Röhre für bedeutungslos; er empfiehlt weiche, intensiv leuchtende Röhren zu verwenden und nur kurze Bestrahlungen (10 Minuten) in größeren Zwischenräumen (2—4 Wochen) vorzunehmen.

Hahn (Hamburg) benutzt ebenfalls nur weiche Röhren in kurzen Sitzungen (5—10 Minuten), in 7—8 auf einander folgenden Sitzungen. Mitunter tritt erst nach 3 Wochen die Wirkung der Bestrahlung ein. Als unangenehme Nebenerscheinung beobachtete er außer den auch von anderer Seite erwähnten Zwischenfällen Nagelveränderungen (Brüchigkeit, Krallenform, Falzverhornung), Conjunctivitis und Entfärbung der Haut.

Müller (Berlin) hält Dermatosen der behaarten Haut für besonders geeignet zur Röntgenbehandlung; bei Lupus hat er nicht besonders günstige Resultate erzielt. Die mittelweichen Röhren zieht er den harten vor.

Im Anschlusse an dieses Referat und die Diskussion über Röntgentherapie sprach Freund (Wien) über die Verwendung der Spannungselektricität zur Behandlung von Hautkrankheiten (Franklinisation, d'Arsonvalisation, unipolare Polentladungen von Induktorien etc.).

Das Wirksame bei den verschiedenen Formen von Spannungselektricität ist die Funkenentladung, welche man direkt oder als Büschel- oder als stille Entladung auf die Haut wirken lassen kann. Sie erzeugt daselbst kleinzellige Infiltrate, besonders in den untersten Epidermisschichten, Blutaustritt in die Gewebe, vakuolisirende Degeneration der arteriellen Gefäßwände. Sie bewirkt Austrocknung, Erwärmung und Entwicklungshemmung von Mikroorganismen. Außerdem ist die Wirkung der gleichzeitig producirten intensiven chemischen Lichtstrahlen, des reichlich entstehenden Ozons, so wie eventuelle Fernwirkungen von elektrischen Strömungen in Betracht zu ziehen. In Folge dessen eignen sich zur Behandlung mit Spannungselektricität 1) bakterielle Erkrankungen, die nicht sehr tief dringen (die Funkenentladungswirkung erschöpft sich bereits an der Oberfläche), 2) Hauterkrankungen fibrösen Charakters und mit chronischer Zellinfiltration (Bisserie hat von 62 Lupus erythematosus-Fällen 33 geheilt), 3) Pruritus und pruriginöse Affektionen, bei welchen die Erwärmung und der mechanische Anprall der Funkenentladung eine Rolle spielen. Die lokale Applikation der Spannungselektricität ist der allgemeinen Elektrisation vorzuziehen.

Pielicke (Berlin) hat in der Klinik Lassar an 18 Pat. 5 Monate hindurch mit d'Arsonval-Tesla-Strömen therapeutische Versuche angestellt, jedoch in

keinem einzigen die verschiedensten Hautkrankheiten betreffenden Falle dauernde Erfolge erzielt.

Strebel (München) demonstrirte einen von ihm geistreich konstruirten Apparat, welcher befähigt sein soll, den in seinem Stromverbrauche außerordentlich kostspieligen Finsen'schen Lichtapparat zu ersetzen, unter der Ankündigung: Ein Beitrag zur Frage des lichttherapeutischen Instrumentariums.

S. ging gleich Finsen von der Ansicht aus, dass die Vermehrung der ultravioletten Strahlen in der Lichtquelle von großem Vortheile sei. Das lässt sich entweder durch Erhöhung der Temperatur des Voltabogens erreichen, der jedoch bisher schon so heißes Licht liefert, dass die Lichtquelle 1,20 m vom Pat. entfernt bleiben und Abkühlungsmedien eingeschaltet werden müssen oder durch Erhöhung der Stromspannung. Letztere lässt sich durch Induktionshochspannungsfunken erzielen, deren Wärmemenge sehr gering ist, mithin der zu belichtenden Stelle direkt angelegt werden können. Das Induktionslicht ist billiger in der Herstellung und einfacher in der Handhabung. S. bedient sich dreier Funkeninduktoren, welche ihren Strom durch eine Leydener Flasche hindurch zu 3 Aluminiumelektrodenpaaren senden und ihre 3 Funken parallel über einander springen lassen. Das Licht wird durch eine Quarzlinse koncentrirt und lässt sich gleichzeitig zur Bestrahlung von 4 Pat. und sogar zur Behandlung von Schleimhautlupus verwenden, da der Apparat nicht heiß wird. S. hat auch zur Bestrahlung von Körperhöhlen Apparate in Speculumform mit Quarzfenstern und Elektrodenansätzen im Innern konstruirt, welche das in ihnen erzeugte Licht den kranken Schleimhautflächen direkt nahebringen, was beim Voltalichte (Finsen) bisher nicht möglich war.

Wenn es S. gelingt, mit seinen Apparatverbesserungen den Finsen'schen gleichwerthige Behandlungsresultate zu erzielen, wäre eine allgemeinere Einführung der ultravioletten Lichtbehandlung zu erwarten, welche bisher ihrer großen Kosten wegen nur besonders reich fundirten Instituten möglich ist.

Von sonstigen Vorträgen sind hier besonders hervorzuheben:

Hochsinger (Wien): Beitrag zur Osteochondritis heredosyphilitica auf Grund von Röntgenuntersuchungen.

Das Röntgenbild der genannten Erkrankung zeigt Aufhellung, Verbreiterung, Ausbuchtung bis Zernagung der provisorischen Knorpelverkalkungszone, Verwaschung bis Verschwinden der Markraumzone (beginnende Epiphysenlösung) und reaktive entzündliche Hyperostose. Bei der Pseudoparalyse hereditärsyphilitischer Säuglinge handelt es sich um eine von den Epiphysengrenzen der kranken Knochen ausgehende Muskelerkrankung.

Buschke (Berlin): Über experimentelle Erzeugung von Alopecia durch Thallium.

Combemale beobachtete bei Phthisikern, denen zur Bekämpfung profuser Schweiße Thallium aceticum (0,1—0,2 pro die) gegeben wurde, Alopecia areata resp. diffusa. Weiße Mäuse, welchen Brot mit 1%iger Thalliumlösung getränkt gegeben wurde, zeigten 2—5 Wochen nach der Fütterung in der Mittellinie des Rückens kahle Stellen; diese Bezirke wurden größer und erlangten erst nach 5 Wochen ihre Haare wieder. Es ruft also Thallium eine Funktionsstörung im Nervensysteme hervor, durch welche trophische Störungen in der Haut erzeugt werden. Vielleicht gelingt es Betreffs der Alopecien und anderer trophischer Hautstörungen auf experimentellem Wege das Dunkel zu lichten, welches der klinischen Beobachtung und mikroskopischen Untersuchung bislang nicht gewichen ist.

Von den Krankendemonstrationen erregte ganz besonderes Interesse die Vorführung von 7 im Finseninstitute zu Kopenhagen behandelten Lupusfällen, welche auf anderen Kongressen bisher nicht gezeigt wurden, also neue Resultate darbieten. Die Kranken befinden sich zwar noch in Beobachtung, können aber zumeist als völlig geheilt angesehen werden. Ein Fall ist nach 22 Sitzungen zur Heilung gebracht worden; im Allgemeinen aber nimmt die Methode außerordentlich lange Zeit in Anspruch.

Mit gleichem Interesse wurden die von Schiff (Wien) vorgeführten 6 Fälle von Röntgenbehandlung betrachtet, die ohne entzündliche Reaktion, ohne tiefgehende Hautzerstörung abgelaufen sind, so wie die Röntgenfälle der Breslauer Hautklinik. Neisser selbst ist mit seinen Resultaten nicht zufrieden. Der kosmetische Erfolg lässt zu wünschen übrig, und endgültige Heilung ist noch nicht sicher anzunehmen.

Matzenauer (Wien) (Klinik Neumann) stellt eine Chylorrhoe am linken Oberschenkel und der Vulva eines jungen Mädchens vor: eine cystische, warzenähnliche Hautveränderung sondert Chylus ab, der offenbar aus dem kleinen Becken stammt und durch eine Anastomose (ohne Fistelbildung) bis zur Oberschenkeloberfläche vordringt.

Juliusberg (Breslau) zeigte die Wirkung von Thiosinamin bei Bindegewebswucherung nach Lupus, die zu fast völligem Verschlusse des Mundes geführt hatte. Nach 30 Injektionen einer 10%igen Lösung à 0,5—1,0 trat ein sehr guter Effekt zu Tage.

Unter den übrigen Demonstrationen führten Fälle von Pityriasis rubra pilaris, Erythema exsudativum perstans, Lichen ruber u. A. zu ausführlichen Diskussionen. Eine Nachmittagssitzung wurde ausschließlich mit Demonstrationen mikroskopischer Präparate durch den Projektionsapparat ausgefüllt; die Vorbereitungen hierzu hatten einen ganz außerordentlichen Aufwand von Zeit und Mühe verursacht; der Erfolg stand in keinem Verhältnisse zur aufgewendeten Arbeit, da feinere histologische Veränderungen sich auf diesem Wege nur bei sehr wenigen Präparaten deutlich demonstriren ließen. **Chotzen** (Breslau).

---

18) **Scholder.** Der Arthromotor.

(Ärztliche Polytechnik 1901. Juni.)

Obiger Apparat dient zur Behandlung der Krankheiten des Bewegungsapparates; es ist ein orthopädisch-gymnastischer Apparat sowohl für aktive als passive Therapie, der die genaueste Dosirung gestattet. Er kann, ähnlich wie der von Krukenberg, eine ganze Anzahl Zander'scher Maschinen ersetzen und nimmt nur sehr geringen Raum ein. Durch Ansetzen von etwa 10 Ansatzstücken an den Hauptstock desselben sind mindestens 60erlei Bewegungskombinationen möglich. 7 Abbildungen im Originale. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

19) **F. Fehleisen and O. F. Westerfeld.** The surgical department of the Germain Hospital 1898, September bis 1899, December.

San Francisko (Kalifornien), 1900. 53 S.

Unter den Krankengeschichten des Berichtes finden sich einige seltene Fälle eingehender dargestellt.

Unaufgeklärt blieb ein Fall von zurückgekehrter Sensibilität der 3 Trigeminusäste nach Exstirpation des Ganglion Gasseri mit Entfernung des centralen Stammes nach Krause. Durch erneute Schädelöffnung ließen sich keine regenerirten Nervenstämme nachweisen. Die Sektion bei dem durch Selbstmord gestorbenen Falle zeigte, dass Ganglion und Centralstamm tòtal entfernt waren.

Der seltene Befund eines Riesenzellensarkoms am Talus machte die Exartikulation des Fußes im Sprunggelenke nöthig.

Bemerkenswerth ist ein Fall, der klinisch die Symptome eines Darmverschlusses machte und sich bei der Operation als eine Embolie der Art. mesenterica superior mit hämorrhagischem Infarkt des Darmes herausstellte.

Eine große multilokuläre Cyste des Dünndarmgekröses, die in ihrer Wand glatte Muskelfasern enthielt, wurde bei einem 9 Jahre alten Knaben mit Erfolg exstirpirt. Nach Ansicht der Verff. entstehen derartige Cysten aus abgeschnürten embryonalen Gewebstheilen oder aus Resten des Ductus omphalo-mesentericus. Die Cyste hatte durch Druck aufs Zwerchfell Dyspnoë verursacht.

Endlich ist ein durch die Sektion aufgeklärter Fall zu erwähnen. Bei einem 46jährigen Manne fand sich über der Symphyse eine elastische Geschwulst, die

für die ausgedehnte Blase gehalten wurde. Pat. musste katheterisirt werden, konnte aber einen Theil des Urins spontan lassen. Er ging im Koma zu Grunde. Es handelte sich um ein durch den Harnleiter mit der Blase in Verbindung stehendes Divertikel des rechten unteren Harnleitertheiles. Bei jeder Blasenkontraktion trat der Urin in das Divertikel und konnte erst, wenn er durch Füllung desselben unter hohen Druck zu stehen kam, den Sphinkterwiderstand der Blase überwinden und sich durch die Harnröhre entleeren. **Läwen** (Leipzig).

20) K. Ullmann. Zur Entstehung und Behandlung furunkulöser und septischer Hautentzündungen.

(Wiener med. Wochenschrift 1900. No. 31, 33—35.)

Unter den Umständen, welche die Widerstandskraft des Organismus gegenüber dem Gifte der Hautinfektion besonders herabsetzen, misst der Autor auch besonders der Harnsäurediathese hervorragende Bedeutung bei. Zum Beweise führt er die Krankengeschichte eines Falles vor, bei welchem dieselbe besonders ausgesprochen war und wo aus unaufhörlichen Kokkenlokalisationen Pyämie mit tödlichem Ausgange sich herausbildete. Therapeutisch rühmt der Autor gegen die furunkulösen Processe das Ichthyol, welches er in der Form von Pinselungen ätherisch-alkoholischer Lösungen verwendet (Spirit. vin. dilut. 7,5, Aether., sulfuric. Ichthyoli āā 6,0), oder in die Peptonpaste als Agens aufgenommen (Pepton sicc. Amyli, Zinc. oxydat. subtilis pulv. āā 15,0, Gummi arabic. 30,0, Ichthyol 10,0, Aq. dest. qu. s.). **Herm. Frank** (Berlin).

21) L. W. Orlow. Über sporadische Elephantiasis.

(Wratsch 1901. No. 16 u. 17.)

O. beschreibt 4 typische und zum Theil seltene Fälle von Elephantiasis. Im 1. Falle waren der Hodensack und die linke untere Extremität befallen — es wurde jener amputirt. Im zweiten — Elephantiasis scroti et praeputii — Amputation des Hodensackes und Excision der Penishaut mit nachfolgender Phalloplastik, die wiederholt wurde, aber erfolglos blieb. Der 3. Pat. hatte Elephantiasis des Penis allein — eine seltene Lokalisation; Excision der Haut und Phalloplastik mit unvollkommenem Erfolge. Im 4. Falle endlich handelte es sich um ein Unikum — um Elephantiasis der Bauchhaut bei einer äußerst fetten Frau (Körpergewicht 186 kg); es entwickelten sich bei ihr große Hautsäcke an den Schultern und dem Unterleibe und aus dem Hängebauch — eine Elephantiasis. Die hyperplastischen Bauchdecken wurden — ohne Eröffnung des Bauchfelles — entfernt; sie wogen 22 kg. In allen 4 Fällen entwickelte sich die Elephantiasis nach zahlreichen Erysipelanfällen. 8 Photogramme zeigen die interessanten Fälle vor und nach der Operation. Was die Phalloplastik betrifft, so nahm O. im 2. Falle zuerst 2 seitliche Lappen aus der Bauchhaut, die aber, nach 16 Tagen durchschnitten, gangränescirten; dann wurde ein medianer Lappen mit unterer Basis gebildet, doch verfiel auch dieser dem Brande. Im 3. Falle bildete O. einen breiten medianen Lappen mit unterer Basis und steckte den Penis durch ein Loch in der Basis. Auch hier stießen sich Theile ab und wurde der Defekt zum Theil nach Thiersch gedeckt. In beiden Fällen bewährte sich sehr die Verwendung des inneren Präputialblattes zur Bedeckung des peripheren Endes des Penis. Bei der Amputation des Hodensackes begann O. die Operation an der Stelle, wo die Hoden am deutlichsten zu fühlen waren, worauf die weitere Entfernung der kranken Haut leicht von statten ging. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

22) Krahn. Ein Beitrag zur Ätiologie der Noma.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. VI. Hft. 4 u. 5.)

K. fand in 2 Fällen von Noma aus der v. Mikulicz'schen Klinik in den Randpartien des gangränösen Herdes der Wangenschleimhaut Spirillen und Vibrionen, welche ein dichtes Filzwerk bildeten; sie sind dem Spirillum sputigenum und dem Spirochaete dentium sehr ähnlich, wenn nicht identisch damit. Wenn auch Kul-

turen nichts ergaben und Impfversuche an Thieren nicht vorgenommen wurden, so meint K. doch, dass die genannten Mundbakterien zur Noma in ätiologischer Beziehung stehen. **Haeckel** (Stettin).

23) **A. A. Kissel.** Ein Fall von Noma nach Masern, mit Dysenterie und Pneumonie komplicirt. Heilung.

(Med. Obosrenje 1900. November [Russisch.])

Die Behandlung der Noma bestand in Auskratzung mit dem scharfen Löffel, mehrmaligem Waschen mit heißer (40° C.) Lösung von Kalium hypermanganicum und Ausreiben mit Jodoform. Diese von K. vorgeschlagene Methode gab ihm seit 1897 schon in 5 Fällen Heilung. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

24) **Sjögren und Sederholm** (Stockholm). Beitrag zur therapeutischen Verwerthung der Röntgenstrahlen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen 1901. Bd. IV. Hft. 4.)

Die Verff. geben einen Bericht, der von ihnen in der Zeit vom 1. Oktober 1899 bis 1. December 1900 mit Röntgenstrahlen behandelten Fälle von Hauterkrankungen. Bezüglich der näheren Art des Agens, welches die bei der Röntgenstrahlenbehandlung entstehenden Effekte hervorbringt, sind sie zu der Ansicht gekommen, dass die unsichtbaren X-Strahlen sui generis das specifisch wirkende Moment ausmachen, und dass die mit ihnen gemischten ultravioletten Strahlen dabei eine untergeordnete Rolle spielen. (Cf. dazu [die Ansicht L. Freund's: Die physiologischen Wirkungen der Polentladungen hochgespannter Induktionsströme und einiger unsichtbaren Strahlungen; ref. in d. Bl. p. 839.)

Die angewandte Technik weicht im Großen und Ganzen nicht von der ab, die sonst üblich ist.

Behandelt wurden 78 Fälle, wovon:

Lupus vulgaris	27	Fälle,
Lupus erythematodes	6	«
Tuberculiden	5	«
Eczema chronica	11	«
Pruritus ani et vulvae	4	«
Epithelioma	4	«
Psoriasis	2	«
Acne	1	«
Ulcera	4	«
Hypertrichosis	9	«
Verrucae	3	«

Unter den 27 Lupusfällen war in 18 Fällen ein guter Erfolg zu konstatiren, doch ist die Zeit der Heilung noch etwas kurz, so dass Recidive noch nicht ausgeschlossen sind.

Die nächsten 6 Fälle von Lupus waren bis zur Behandlung durch die Verff. ohne jeden Erfolg mit den sonst gebräuchlichen Mitteln behandelt worden; nach der Bestrahlungstherapie zeigten alle 6 Heilung, wobei 4 als sicher geheilt anzusehen sind, bei 2 ein Recidiv nicht ausgeschlossen zu sein scheint.

Ganz glänzend bewährte sich die Röntgenbehandlung in den 5 Fällen von Tuberculiden (Scrofuloderma); hier wie in den 10 Fällen von chronischem Ekzem trat völlige Heilung ein.

Da bei dem Ekzem das Jucken nach der Bestrahlung aufhörte, wandten Verf. diese Behandlungsmethode auch bei Pruritus ani et vaginae an, und konnten die mit diesem quälenden Leiden behafteten Pat. auch geheilt entlassen werden.

In Bezug auf Psoriasis scheint die Röntgenbehandlung ziemlich werthlos zu sein.

Alle Geschwüre werden günstig beeinflusst, indem frische Granulationen entstehen, wonach Heilung eintritt.

Bei Hypertrichosis bewirkt die Röntgenbestrahlung Haarausfall, der indessen nicht dauernd bleibt, wesshalb erneuerte event. mehrmalige Behandlung nothwendig wird, um dauernden Erfolg herbeizuführen. Dieser Erfolg kann schon durch die erste Behandlung bewirkt werden, wenn dieselbe dermaßen kräftig durchgeführt wird, dass Atrophie der Haut als Folge der durch die Behandlung hervorgerufenen Reaktion entsteht.

Bei oberflächlichen Epitheliomen (Ulcus rodens), scheinen die Röntgenstrahlen von direkt heilender Einwirkung zu sein, indem die Neubildung schrumpft und schließlich schwindet.

Bei Warzen findet dasselbe Verhältnis statt. **H. Wagner** (Breslau).

25) **Pauchet** (Amiens). Sur deux cas de chirurgie nerveuse: une épilepsie survenant après occlusion d'une fistule traumatique du crâne, et guérie par la trépanation; une luxation du coude avec lésion du nerf cubital, libération de ce nerf; guérison.

(Travaux de neurologie chir. 1901. No. 1.)

1) Ein 16jähriger Bursche erlitt eine Depressionsfraktur des linken Scheitelbeines; man unterlässt das Debridement. Pat. ist eine Woche lang bewusstlos und hat alle Viertelstunden klonische Zuckungen in den rechtsseitigen Gliedmaßen. Nach 8 Tagen bessert sich der Zustand zusehends, nach 6 Wochen schließt sich die Wunde. Nun treten wieder allmählich epileptiforme Zustände auf und daneben Atrophie der Muskeln des rechten Armes. Nun kommt Pat. in P.'s Behandlung. Dieser beobachtet noch einen epileptischen Anfall, dem eine deutliche Parese des rechten Armes als Aura voranging.

Verf. fand bei der 3 Monate nach dem Unfalle vorgenommenen Trepanation die deprimirten Knochenfragmente durch Callus verwachsen, doch führte eine Fistel in einen Herd von chronischen Granulationen an der Außenfläche der Dura. Die Entfernung derselben durch Abkratzen und die Hebung der dreprimirten Knochenstücke genügte, es erfolgte glatte Heilung. Die epileptischen Anfälle blieben aus. Freilich ist die Beobachtungszeit von 4 Monaten zu kurz, um von einem Dauerresultat reden zu können.

P. sieht durch den Verlauf des Falles Kocher's Ansicht bestätigt, der bei traumatischer Epilepsie den Schädel nicht völlig geschlossen wissen will; denn hier traten die epileptischen Anfälle wieder auf, als die Schädelwunde sich schloss. Nunmehr äußerte sich der Druck der extraduralen Granulationen in epileptischen Krämpfen und Parese des rechten Armes.

2) Bei einem 12jährigen Kinde war eine Ellbogenverrenkung nach hinten und innen uneingerichtet geblieben. Wegen der totalen Anästhesie und atrophischen Lähmung (Krallenhand) im Gebiete des Nervus cubitalis machte P. 3 Monate nach der Verletzung einen operativen Eingriff an dem ankylotischen Gelenke. Er schuf im Olecranon eine Rinne und reponirte in diese den verschobenen und wie über einen Violinsteg gespannten Nerven mit bestem Erfolge bezüglich der Wiederkehr der Funktionen. Die Sensibilität war beim Erwachen aus der Narkose schon wieder da, und die Lähmung der Unterarm- und Handmuskeln besserte sich im Laufe von 4 Monaten ganz wesentlich. **P. Stolper** (Breslau).

26) **Oppenheim.** Beiträge zur topischen Diagnostik der Gehirnkrankheiten.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VI. Hft. 3.)

Weitere Ausführung eines in der Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins gehaltenen Vortrages, welcher in diesem Centralblatte 1900 p. 389 referirt ist.

Haeckel (Stettin).

27) **Clarke** und **Morton.** Case of abscess in the left lateral lobe of the cerebellum, successfully evacuated.

(Bristol med.-chir. journ. 1901. Juni.)

Die 13jährige Pat. erkrankte vor 4 Monaten an akuter linksseitiger Otorrhoe; vor einem Monate rechtsseitiger Stirnkopfschmerz, Erbrechen, mehrtägige Bewusst-

losigkeit; 8 Tage später häufige, kurzdauernde epileptiforme Anfälle, bei welchen der Körper sich stets nach rechts krümmt. In der Zeit zwischen den Anfällen ist die Hirnthätigkeit verlangsamt, die Augen sind nach rechts abgewichen, es besteht Nystagmus, doppelseitige, besonders rechts ausgeprägte Neuritis optica, der Händedruck links ist schwächer als rechts; Zittern des linken Armes, sonst keine motorischen und sensiblen Erscheinungen. Die Temperatur ist subnormal. Beim Versuch, zu stehen, fällt Pat. stets nach der rechten Seite zu. Aus den genannten Erscheinungen wird die Diagnose auf Abscess des linken, seitlichen Kleinhirnlappens gestellt, und über dieser Gegend dicht unterhalb des Sinus transversus trepanirt. Ein nach vorn, innen und unten gelegener Abscess wird nach mehrfachen vergeblichen Punktionen eröffnet und drainirt. Schnelles Schwinden der Hirnerscheinungen und schließliche völlige Heilung.

Verff. empfehlen, in derartigen Fällen die Trepanationsöffnung so zu legen, dass man von ihr aus sowohl den Schläfenlappen als auch das Kleinhirn erreichen kann, also etwa 4 cm hinter und $1^1/_2$ cm oberhalb des Centrums des Meatus, über der Gegend des Sinus transversus. Die Öffnung lässt sich dann je nach Befund leicht nach oben vorn, resp. hinten unten vergrößern. **Mohr** (Bielefeld).

28) **F. Bloch.** Drei Fälle von otitischer, septischer Sinusthrombose, geheilt durch die Zaufal'sche Operation.

(Prager med. Wochenschrift 1901. No. 20 u. 21.)

Die Zaufal'sche Operation bei septischer Sinusthrombose besteht bekanntlich darin, dass zuerst die Vena jugularis int. unterbunden wird, um die Verbreitung der vom Thrombus losgelösten infektiösen Teilchen in den Kreislauf zu verhindern, dann der thrombosirte Sinus breit freigelegt und gespalten wird, und zuletzt die infektiösen Thrombenmassen ausgeräumt werden.

B. berichtet zunächst über 3 einschlägige Fälle aus Zaufal's Klinik, die durch die Operation geheilt wurden, und beschäftigt sich zum Schluss mit der Frage, ob die Unterbindung der Jugularis stets dabei nothwendig sei. Er citirt hierfür die umfassenden Statistiken von Körner und Vierock, aus denen hervorgeht, dass das Procent der Heilungen bei den mit Unterbindung der Jugularis operirten otitischen Sinusphlebitiden 9—18% höher ist, als bei den ohne Unterbindung der Jugularis operirten Fällen. Auch Zaufal ist dem Princip der Jugularisunterbindung bis heute treu geblieben. **Jaffé** (Hamburg).

29) **J. Massaut.** Paralysie intermittente douloureuse des bras.

(Ann. de soc. de méd.-chir. d'Anvers 1901. März u. April.)

M. beschreibt einen Fall obiger Affektion, der eine Frau von 24 Jahren betrifft. Sie wird seit 4 Monaten von eigenthümlicher Schwäche der Arme befallen, sobald sie größere Anstrengungen macht; es folgt Ermüdungsgefühl, Schmerz und Unvermögen zu arbeiten. Nach einigen Minuten geht es besser, die Schmerzen schwinden, aber Schmerzhaftigkeit der Armmuskeln auf Druck bleibt noch länger bestehen. Oft besteht Ameisenkriechen und Pelzigsein etc. Der Puls bis zur Achsel hinauf ist im Anfalle nicht zu fühlen. Die Kranke war von jeher schwach und blutarm. Die elektrische Erregbarkeit so zu sagen normal. Die Krankheit ist dieselbe, welche Charcot 1858, Brissaud 1899 als Claudication intermittente, Erb 1898, Oppenheim, Klemperer 1900 als intermittirendes Hinken, Lapinsky 1900 als ischämische Lähmung, ferner Eugen Weber 1899, Scheurer 1898, Heuser 1900, Wulff 1900, Israël u. A. in der letzten Zeit beschrieben haben. Bouley (1831) beschrieb die Krankheit zuerst beim Pferde. Die Ätiologie ist in unserem Falle absolut dunkel. Die Behandlung bestand in warmer Kleidung, Meidung kalten und heißen Wassers, Meidung von Alkohol und Kaffee, Verzicht auf anstrengendere Arbeiten, vorsichtigem Galvanisiren, innerlicher Anwendung von Kalium jodatum und Strophantus. M. erzielte Besserung.

E. Fischer (Straßburg i/E.).



30) **S. N. Delitzin.** Zur Kasuistik der A. mediana antibrachii (einige Fälle von Perforation des N. medianus durch diese Arterie).

(Annalen der russ. Chirurgie 1901. Hft. 3.)

D. beobachtete 7 Fälle oben genannter Abnormität; 2 davon sind abgebildet. Es wird auf die chirurgische Bedeutung dieser Anomalie hingewiesen.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

31) **Höfliger** (Zürich). Über Frakturen und Luxationen der Carpalknochen.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1901. No. 10.)

Von den erst seit Einführung der Röntgenphotographie besser gekannten und jetzt häufiger diagnosticirten Verletzungen der Carpalknochen schildert H. 5 Fälle eigener Beobachtung aus Kaufmann's (Zürich) Institut und 8 weitere aus der Praxis des Herrn Dr. Bär. Bleiben dieselben auch selten im Vergleich mit den einfachen Distorsionen des Handgelenkes und den Epiphysenbrüchen des Radius, so kommen sie doch häufig genug vor und sind auch mit Rücksicht auf die Prognose besonderer Beachtung werth. In frischen Fällen sollte man zum mindesten eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose stellen, wenn man bei starker Volarflexion und Tastung des Handrückens Krepitation an den Carpalknochen fühlt. Das Röntgenbild giebt, frisch und alt, sicheren Aufschluss. H. räth bei Frakturen auch die von Bardenheuer empfohlene Extensionsbehandlung an, aber für längere Zeit als dieser, mindestens 8 Tage. Die Verrenkung des Os lunatum sah er 4mal immer nach der Volarseite, sie lässt sich, richtig erkannt, wie Taaffe gezeigt hat, frisch reponiren. Bei veralteten Fällen hilft nur die Excision des dislocirten und die Dorsalflexion um etwa $^2/_3$ behindernden Knochens.

6mal sah Verf. eine isolirte Fraktur des Os naviculare, 4mal waren mehrere Knochen zertrümmert.

Bei veralteten Brüchen der Carpalknochen blieb nach Exstirpation des Naviculare der volle Erfolg mehrfach aus. **P. Stolper** (Breslau).

32) **R. Burk.** Über die Luxatio carpo-metacarpea.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 2.)

In dem von B. mitgetheilten Falle war die Luxatio carpo-metacarpea dadurch zu Stande gekommen, dass Pat., ein 24jähriger Fuhrknecht, die rechte Hand unter einen schweren, umstürzenden Stein brachte, der dann die Carpalgegend von der Radialseite her zusammenpresste. 6 Tage später ließ sich bei der Untersuchung eine knöcherne Vorragung auf dem Handrücken, entsprechend der Basis des 2. bis 4. Metacarpale, Zunahme des Tiefendurchmessers der Hand an dieser Stelle, ferner Verkürzung derselben erkennen. Reposition gelang nicht. Ein Skiagramm ist dem Originale beigegeben.

Auf Grund dieses Falles, wie 23 weiterer Fälle der Litteratur schließt Verf., dass die Luxatio carpo-metacarpea nur durch sehr schwere Gewalteinwirkungen, und zwar theils direkt, theils indirekt (Überbeugung, Überstreckung, seitliche Kompression) entstehen kann. Am relativ häufigsten sind Verrenkungen nach der dorsalen, viel seltener solche nach der volaren Seite; von divergirenden Verrenkungen ist erst ein einziges Beispiel bekannt geworden.

Honsell (Tübingen).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 35. Sonnabend, den 31. August. 1901.

Zweckmäfsige und billige Spritze zur Injektion von Schleich'scher und physiologischer Kochsalzlösung.

Von

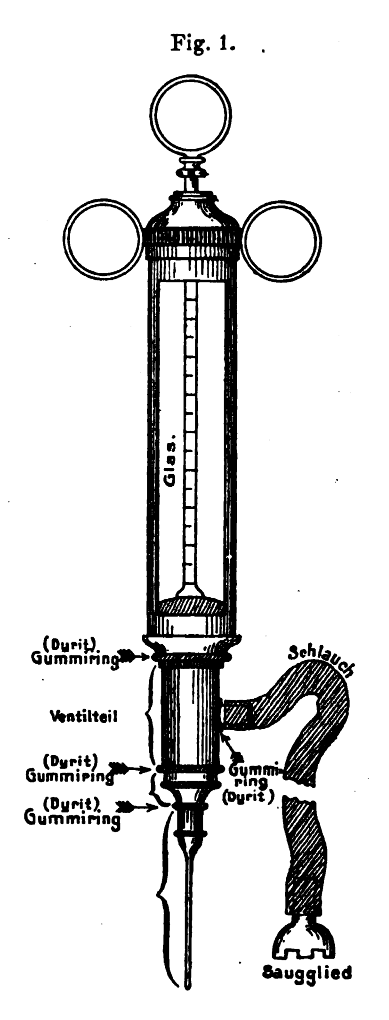
Dr. Alexander v. Zawadzki in Warschau.

Die zur Anästhesie nach Schleich angewandten Spritzen (10 bis 15 ccm) genügten in mancher Hinsicht nicht den an sie gestellten Forderungen, und schon lange machte sich der Wunsch nach einer Verbesserung und Vervollkommnung fühlbar. So hat Moszkowicz (Centralblatt für Chirurgie 1901 No. 19) einige auf Potin's Methode basirende Spritzen vorgeschlagen; der hohe Preis jedoch, das um-

ständliche Auskochen und die Möglichkeit einer Luftinfektion bei dem nöthigen Luftdrucke stehen einer größeren Verbreitung hindernd im Wege, und so gebraucht man nach wie vor die älteren Spritzen, die zusammengefasst folgende Nachtheile haben:

1) Bei Injektion größerer Mengen muss die Spritze öfters aus der Kanüle herausgenommen werden Zwecks neuer Füllung.

Fig. 1.



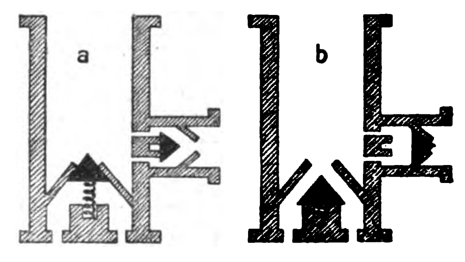
2) Eine neugefüllte und in die Kanüle hineingesetzte Spritze kann bei dem starken, zur Injektion nöthigen Drucke aus der Kanüle herausspringen; das Herausspringen der Kanüle ist zwar durch entsprechenden Bajonett- oder Schraubenverschluss zu vermeiden, jedoch nur mit Zeitverlust.

3) Das erneuerte Anfüllen der Spritze und das Anfassen derselben kann unter Umständen eine Infektion der zur Anästhesie gebrauchten Flüssigkeit herbeiführen.

Alle diese Nachtheile sind bei Anwendung meiner Spritze beseitigt; sie gewährt außerdem den Vorzug der Billigkeit.

Es ist ein einfacher Apparat von einfacher und zuverlässiger Mechanik und lässt sich leicht sterilisiren; man kann ihn an die Mündung einer gewöhnlichen Spritze anschrauben. Folgende Figuren mögen den Mechanismus des Apparates erläutern.

Fig. 2. Kegelventil.

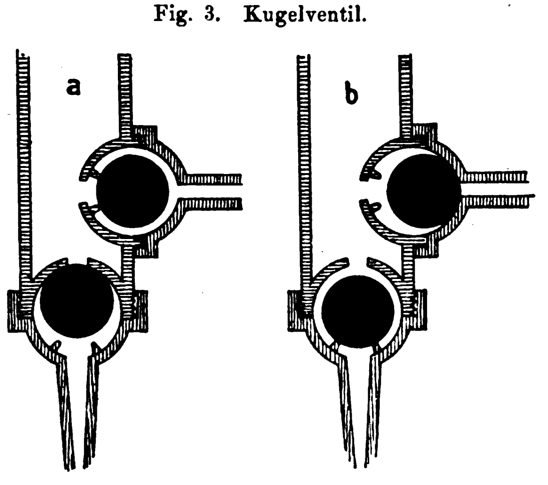


a. Anfüllen, *b.* Injektion.

Gebrauchsanweisung: Nach Sterilisation und Zusammenschrauben der Spritze führt man das mit dem Sauglied beschwerte Ende des Gummischlauches in ein Gefäß mit Schleich'scher Flüssigkeit und entfernt mit 2—3 Kolbenzügen die in Pumpe und Schlauch befind-

liche Luft. Nach Einführung der Nadelkanüle spritzt man durch Hin- und Herschieben des Kolbens ein beliebiges Quantum ein.

Fig. 3. Kugelventil.



a Anfüllen der Spritze. *b* Injektion.

Dieselbe Vorrichtung bei einer Spritze von 50—100 ccm kann zur Injektion von physiologischer Kochsalzlösung dienen.

Zum Schluss erlaube ich mir noch, Herrn Geh.-Rath v. Mikulicz meinen verbindlichsten Dank auszusprechen für einige Anweisungen, die mir bei den ersten Proben von seiner Seite zu Theil geworden sind und Dank deren ich gleich kleine Übelstände an der Vorrichtung beseitigen konnte. Den von mir vorgeschlagenen Ventiltheil hat Georg Härtel in Breslau konstruirt[1].

Breslau, im Juli 1901.

---

1) **J. Preuss.** Chirurgisches in Bibel und Talmud.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 507.)

P. erweist sich als tüchtiger medicinischer Historiker, indem er in anziehender, interessanter Weise allerhand chirurgische Angaben und Berichte aus Bibel und Talmud zusammenstellt und kommentirt. Die Besprechung über den »Stich in die Seite Jesu« sei besonders hervorgehoben. Im Übrigen gehört ein näheres Eingehen auf die Arbeit nicht in unser Blatt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

2) **M. J. Stezkewitsch.** Zur Frage von der Immunität beim Tetanus. Die Dauer der Immunität bei Injektion des antitetanischen Serums ins Gehirn.

Diss., St. Petersburg, 1900. 192 S. (Russisch.)

Schlussfolgerungen: Die immunisirende Wirkung des Serums ist bei Injektion ins Gehirn bedeutend stärker, als bei subkutaner Einwirkung, doch dauert die Immunität nur einige Tage, und kann

[1] Der Preis für kleine Ventile beträgt ca. 5 ℳ, für große Ventile dto., Ventiltheile, bei denen die Ventile aus Aluminium hergestellt sind, dürfen natürlich nicht in Sodalösung sterilisirt werden. Für das exakte Funktioniren der Spritze ist absolute Sauberkeit der Ventile erste Bedingung.

die Dauer derselben nicht genau bestimmt werden; sie hängt von der Menge des Serums ab. Kleine Mengen schützen die wichtigen Nervencentren vor der toxischen Wirkung des Giftes; das Serum verbreitet sich vom Gehirn durch den centralen Kanal auch ins Rückenmark und schützt auch ihn vor der Giftwirkung. Das Fehlen der lokalen Reaktion, das dann beobachtet wird, spricht dafür, dass das Tetanusgift nicht auf die Nervenstämme, sondern auf das Rückenmark wirkt.

Glückel (B. Karabulak, Saratow).

---

3) **F. Rosenberger.** Ursachen der Karbolgangrän. (Experimentelle Untersuchungen.)

(Verhandlungen d. physikal.-med. Gesellschaft zu Würzburg. N. F. Bd. XXXIV. No. 3. p. 115.)

Verf. hat die Einwirkung der Karbolsäure auf die Körpergewebe in einer Reihe von geschickt angeordneten Experimenten und an Thierversuchen zu analysiren versucht; diese ergaben, dass die rothen Blutkörperchen zerstört werden, und zwar desto vollständiger, je höhere Koncentrationen des Giftes einwirkten; eben so gehen die meisten zu Grunde, nachdem sie zunächst gelähmt werden. Gleichzeitig wirkt Phenol gerinnungsverzögernd. Verf. sah ferner, dass karbolisirtes Blut schneller durch Kapillarröhren hindurchpassirte, als Blut, das mit dem gleichen Volumen physiologischer Kochsalzlösung verdünnt war. Er nimmt an, dass verminderte Klebrigkeit der rothen Blutkörperchen das Passiren erleichtere, und beweist dies damit, dass bei Zusatz von verdünntem Karbol zu Blut die zu Geldrollen verklebten Blutkörperchen sich alsbald lösen. Weitere Versuche beschäftigen sich mit der Einwirkung auf die Gefäßwand. Zunächst tritt Kontraktion, dann Erschlaffung ein mit consecutiver Stase.

R. erblickt in seinen Experimenten den Beweis, dass nicht Gerinnung oder Gefäßthrombose die Ursache der Karbolgangrän sei, sondern Stase. Die gerinnungsverzögernden Eigenschaften des Phenols sollen sogar im Stande sein, noch eine Erholung der Gewebe zu ermöglichen, auch nachdem schon eine Zeit lang Stase bestanden hat, indem sie frühzeitigem Eintritt eines festen Gerinnsels vorbeugen. Wenn dann gleichzeitig günstige Cirkulationsverhältnisse bestehen, d. h. wenn besonders Muskelbewegungen des vergifteten Gliedes für Unterhaltung des Blutkreislaufes sorgen, dann kann der Eintritt der Gangrän hinausgeschoben werden.

Schmieden (Bonn).

---

4) **Tuffier.** Sur la rachicocaïnisation.

(Presse méd. 1901. No. 46.)

Der bekannte Vorkämpfer des oben bezeichneten Verfahrens hatte vor Monaten die Chirurgen Frankreichs aufgefordert, ihm ihre Erfahrungen über dasselbe mitzutheilen. Zugleich hatte er sich für

jeden Todesfall, der sich beim Vorgehen nach seinen Vorschriften ereignete, verantwortlich erklärt. Die meisten Gutachten sprachen sich günstig aus. In Frankreich hat sich noch kein einziger Todesfall ereignet, der der Cocainisation des Rückenmarkes zur Last gelegt werden könnte.

T. ist übrigens von der Sterilisation des Cocains durch Erhitzung wieder zurückgekommen und lässt jetzt seine 2%ige Lösung vor dem Gebrauche ein Bakterienfilter passiren.

Bertelsmann (Hamburg).

---

5) **F. Hahn.** Über subarachnoideale Cocaininjektionen nach Bier.

(Sammelreferat. Centralblatt für die Grenzgebiete der Medicin und Chirurgie 1901. Bd. IV. No. 1.)

Verf. hat sich die Aufgabe gestellt, über die Entwicklung der Medullarnarkosenfrage ausführlich zu referiren. Seine Arbeit, die mit einem Litteraturverzeichnisse von 128 Nummern beginnt, wird dieser Aufgabe in übersichtlicher Weise gerecht und giebt Jedem, der sich über die Frage orientiren will, einen kurzen, objektiven Bericht über alle Einzelfragen und ihre Beantwortung in der sorgfältig gesammelten Litteratur. Neue Gesichtspunkte giebt die Arbeit nicht. Eine Statistik, die er am Schlusse giebt, erstreckt sich über 1708 Fälle, von denen 110 als misslungen zu bezeichnen waren; in 25 Fällen traten schwere bedrohliche Erscheinungen, in weiteren 8 Fällen im unmittelbaren Anschlusse an die Applikation der Tod ein. Verf. glaubt, dass diese Zahlen der Wirklichkeit nicht ganz entsprächen, sondern dass die Resultate faktisch noch weit ungünstiger seien.

Schmieden (Bonn).

---

6) **H. Braun** (Leipzig). Über Äther-Chloroformmischnarkosen.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 20.)

Den bereits von Anderen empfohlenen Apparaten für Mischnarkosen reiht B. einen weiteren an. Um die Narkose mit verdünnten Ätherdämpfen, die keine nachtheiligen Nebenwirkungen haben, ausführen, den Chloroformverbrauch hierbei auf das eben nothwendige Maß beschränken zu können, kommen zwei in einer Metallhülse neben einander geschaltete Gebläseflaschen zur Verwendung. Die Metallrohre, welche den Luftstrom des Doppelgebläses durch ein Ansatzstück in das Äther- (120—150 ccm) und Chloroform- (30—40 ccm) Gefäß leiten und aus ihnen in ein anderes Ansatzstück und in die Maske abführen, liegen gleichfalls in einer flachen Metallhülse, welche im Augenblicke luftdicht auf den Flaschen befestigt werden kann. Zwei Hähne verschließen und öffnen die zuführenden und die abführenden Rohre, so dass, wenn beide geschlossen sind, Äther und Chloroform weder aus der Flasche heraus, noch aus einer in die andere überfließen können. So ist der Apparat, gefüllt mit Äther und Chloroform, fertig zum Gebrauche, transport-

fähig, ohne viel Raum einzunehmen. Er liefert eine Äther-Chloroformdampfmischung, deren Dampfvolumina sich durchschnittlich etwa wie 4 : 1 verhalten, wenn beide Hähne geöffnet sind.

Indem wir in Bezug auf Einzelheiten in der Ausführung der Narkose auf die Arbeit verweisen, erwähnen wir noch, dass B. bei ca. 250 Mischnarkosen von einer durchschnittlichen Dauer von 47 Minuten ca. 54 ccm Äther und 12 ccm Chloroform verbrauchte. Zur Unterhaltung der Narkose bei Operationen im Gesicht wird die Maske durch ein Metallrohr ersetzt, dessen Ende durch Mund oder Nase in den Rachen des Pat. eingeführt wird. **Kramer** (Glogau).

7) **Perrolini.** Sugli innesti cutanei »alla Krause«. Ricerche patologiche.

(Giorn. d. R. accad. di med. di Torino 1901. No. 5.)

P. verfolgt die Anheilung Krause'scher Läppchen an tätowirter Haut. Nur die Randpartien werden von jungem Bindegewebe durchwachsen, vom weitaus größten Theile fand P. gegenüber Enderlen, dass das Bindegewebe der Läppchen lebensfähig bleibt und primär einheilt. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

8) **Delangre.** De la prothèse chirurgicale réalisée par l'inclusion de la vaseline stérilisée dans les tissus.

(Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belges 1901. No. 4.)

D. hat Vaseline als Füllungsmaterial bei eingezogenen, deprimirten Stellen der Körperoberfläche injicirt. So injicirte er am 20. December 1899 bei einer eingezogenen Narbe nach einem Furunkel 1 ccm sterile reine erwärmte Vaseline, einige Wochen später dieselbe Dosis, worauf die Narbe ins Niveau der äußeren Haut trat und so blieb. Seither hat er dies Verfahren oft an den verschiedensten Körperstellen angewendet mit gutem Erfolge. Bei großen Depressionen, bei mit dem Knochen verwachsenen Narben etc. werden kleine Mengen (1 g) in Zwischenräumen von einigen Wochen eingespritzt. Man hüte sich, Vaseline in Venen zu spritzen. Das Verfahren hat wesentlich kosmetischen Werth.

E. Fischer (Straßburg i/E.)

9) **H. Gebele.** Die Gelatine als Hämostaticum. (Aus der Münchener chirurgischen Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 24.)

G., welcher aus der Münchener chirurgischen Klinik über 3 lokal und subkutan mit Gelatinelösung behandelte Fälle von schwerem Nasenbluten, 2mal bei Hämophilen, in dem 3. Falle bei einem Nichtbluter, berichtet, hat auf Grund der in 2 derselben beobachteten günstigen Erfolge — bei dem anderen, bereits stark ausgebluteten und äußerst erschöpften, von Lobulärpneumonie ergriffenen Pat. kam

die Gelatine zu spät in Anwendung — die Wirkung des Mittels am blutenden Thiere studirt. Aus den zahlreichen Experimenten geht hervor, dass eine starke Verminderung der Blutmenge die Vorbedingung für die prompte Wirkung der Gelatine ist. Der Blutverlust unterstützt die Resorption der Gelatine, diese hinwiederum, gleich allen kolloiden Körpern, die von Haus aus größere Neigung des Blutes zur Gerinnung nach stärkerem Blutverluste. Da letztere $^1/_5$ bis $^1/_4$ des Gesammtblutes betragen muss, wenn die Gelatine prompt wirken soll, kann eine erfolgreiche prophylaktische Anwendung des Mittels nicht in Frage kommen. — Wie beim Menschen, treten auch beim Thiere nach den Gelatineinjektionen Reizerscheinungen — geringe Albuminurie, Temperatursteigerungen, Juckreiz an der Infektionsstelle, allgemeine motorische Unruhe — auf, die innerhalb 2 bis 24 Stunden wieder zurückgingen, selten gänzlich fehlten. — Auch G. bestätigt schließlich noch, dass bei Nierenerkrankungen die Anwendung der Gelatine kontraindicirt ist; in einem Falle von schwerer Hämaturie, die, wie sich später herausstellte, durch ein Cystosarkom der linken Niere veranlasst war, nahm die Albuminurie nach subkutaner Gelatineeinspritzung erheblich zu, ohne dass die Blutung irgend wie beeinflusst wurde. **Kramer** (Glogau).

---

10) **Moriani.** Le iniezioni di gelatina.

(Policlinico 1901. No. 1 u. 2.)

Die Litteratur über die Gelatineinjektion zum Zwecke der Blutstillung und Aneurysmabehandlung ist zusammengestellt. Es folgen Thierexperimente zum Studium der Wirkung der injicirten Gelatine auf die Blutgerinnung. 3 Fälle von Aneurysmen werden mitgetheilt (einer der Aorta ascendens, 2 der Bauchaorta). In allen bemerkenswerther Erfolg: Rückgang der Geschwulst, der Pulsationen, der Dämpfung. Folgendes sind die allgemeinen Schlussfolgerungen: Subkutan injicirte 2 %ige Gelatine wird resorbirt. Auch die subkutanen Injektionen beschleunigen Blutkoagulation, aber die Resultate werden durch physiologische Schwankungen getrübt. Die subkutanen Injektionen brachten bei Aneurysma zwar keine wahre Heilung, aber doch wesentliche Besserung. Sie haben (3 Fälle von Hämatemesis) bei Blutung eine manchmal prompte, immer nur temporäre Wirkung. Sie sind unschädlich. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

---

11) **Clermont.** Suture latérale et circulaire des veines.

(Presse méd. 1901. No. 40.)

C. bespricht unter eingehender Würdigung auch der deutschen Litteratur die Gefäßnähte. Auf Grund von Thierexperimenten empfiehlt er eine doppelte cirkuläre Naht als die beste Venennaht. Beide Nähte werden fortlaufend gemacht, die erste, später eingeschlagene, als Matratzennaht (à points faufilés).

Bertelsmann (Hamburg).

---

12) K. Ritter. Weitere Erfahrungen über die Behandlung der Erfrierungen mit künstlicher Hyperämie.

(Separat-Abdruck aus dem Korrespondenzblatt des Ärzte-Vereins des Regierungsbezirks Stralsund.)

Im Gegensatze zu der bisherigen Anschauung, nach welcher die venöse Hyperämie bei Erfrierungen eine Schädlichkeit ist, die möglichst bald beseitigt werden muss, kommt R. auf Grund klinischer Erfahrungen und Untersuchungen zu dem Schlusse, dass die Erfrierungshyperämie die Reaktion des Körpers auf die durch die Kälte hervorgerufene Schädigung der Gewebe darstellt und als nützlicher Vorgang aufzufassen ist, um das geschädigte Gewebe zu schützen, bezw. möglichst bald zu ersetzen. Bei experimentell erzeugter Erfrierung trat bei Anämischen fast stets eine venöse Hyperämie auf, bei Vollblütigen eine arterielle. Die venöse Hyperämie ist ein schwacher, chronischer, die arterielle ein kräftiger, akuter Versuch des Körpers, eine Naturheilung herbeizuführen. Die Erfrierungshyperämie ist unabhängig vom Nervensystem, sie kommt auch nicht durch eine Erschlaffung der Gefäßwand zu Stande, sondern beruht analog der Hyperämie, die nach Blutleere auftritt, auf einer eigenen Zellthätigkeit der Kapillaren.

Dem entsprechend empfiehlt R. bei akuten Erfrierungen, besonders bei vollblütigen Menschen, die therapeutische Verwendung der venösen Hyperämie mittels Bier'scher Stauung. Frostgeschwüre, Blasen etc. heilen hierbei sehr schnell, eben so schwinden die Schmerzen bald. Bei den mehr chronischen Formen, und im Allgemeinen überhaupt bei anämischen Menschen ist dagegen künstliche arterielle Hyperämie mittels heißer Luft am wirksamsten ($^1/_2$—1stündige Dauer mit nachfolgender kräftiger Abreibung oder kalter Dusche); Schwellung; Schmerzen und Jucken lassen in kurzer Zeit nach, die Beweglichkeit der Glieder nimmt rasch zu, Geschwüre und Blasen heilen oft sehr rasch.

Mohr (Bielefeld).

---

13) C. Sultan. Beitrag zur Kenntnis der Schilddrüsenfunktion.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 3.)

Katzenstein hat auf Grund einer Reihe von Experimenten an Hunden die Ansicht ausgesprochen, dass die Schilddrüse kein lebenswichtiges Organ sei, sondern entbehrt werden könne. S. suchte nun nachzuprüfen, ob in der That die Frage nach dem Werthe der Glandula thyreoidea mit diesen Versuchen Katzenstein's endgültig beantwortet sei. Zunächst hat er dabei zu bemerken, dass der Hund ihm wegen der Häufigkeit accessorischer Schilddrüsen nicht das geeignete Versuchsobjekt zu sein scheint; dahingegen hält er die Katze für ein passendes Versuchsthier. Verf. selbst ist auf Grund seiner eigenen einschlägigen Versuche durchaus der Ansicht, dass die totale Exstirpation der Schilddrüse eine schwere Erkrankung ist,

ja den Tod bei Hunden und Katzen hervorruft, wenn keine accessorischen Drüsen zum Ersatz vorhanden sind. Das Auffinden dieser accessorischen Gebilde ist übrigens oft sehr schwer. Dadurch mögen sich die verschiedenartigen Resultate gegenüber der Arbeit Katzenstein's mit erklären. Auf einige versuchstechnische Auseinandersetzungen sei nur verwiesen. Sie sind nur im Zusammenhange der Arbeit zu verstehen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

14) **C. Beck** (New York). Beitrag zur Diagnostik und Therapie der Struma.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IV. Hft. 3.)

Bei follikulären und kolloiden Formen des Kropfes wendet B. Injektionen von ungefähr 20 Tropfen saturirten Jodoformäthers an und hat davon zum Theil ausgezeichnete Erfolge gesehen. Der Jodoformäther erzeugt keine Gewebsnekrose, wie die Jodtinktur, sondern regt eine intensive fibrinöse Ausscheidung an, das Parenchym schrumpft und an seine Stelle tritt Bindegewebe. Mit Ausnahme von intensivem Schmerze und Schwindel sind keine üblen Symptome beobachtet worden. Die Lokalbehandlung kann noch durch Darreichung von Jodpräparaten oder Jodothyrin unterstützt werden.

Diese Art der Therapie ist bei Cystenkropf aussichtslos; die Differentialdiagnose zwischen diesem und dem follikulären resp. kolloiden Kropf ist in manchen Fällen nicht leicht. B. benutzt in den zweifelhaften Fällen mit gutem Erfolge die Röntgenphotographie zur Entscheidung; der Cystenkropf zeigt nämlich im Röntgenbilde im Frühstadium weniger deutliche, aber immerhin noch wohl erkennbare, rundliche oder eliptische Schatten, später oft diffuse Kalkherde; wo immer diese im Bilde vorhanden sind, greift B., vorausgesetzt, dass der Eingriff durch vorhandene Beschwerden sich rechtfertigen lässt, zum Messer.

H. Wagner (Breslau).

---

15) **E. Fränkel** (Hamburg). Über das sog. Pseudomyxoma peritonei.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 24.)

Über das Wesen des sog. Pseudomyxoma peritonei herrscht noch keine Klarheit. Während einige Forscher, besonders Werth, annehmen, dass es sich um die Folgezustände der Ruptur an sich gutartiger, durch einen dickgallertigen Inhalt ausgezeichneter Ovarialkystome handle, halten Olshausen u. A. das Pseudomyxoma peritonei für eine metastatische Neubildung etc. F. berichtet nun über 2 Beobachtungen, die, obwohl grob anatomisch das Bild des Pseudomyxoma peritonei darbietend, ätiologisch und in Bezug auf die histologischen Details große Verschiedenheiten unter einander aufwiesen. Im ersten Falle, in welchem im Laufe von 3 Jahren 3 Laparotomien zur Entfernung einer vom rechten Eierstocke ausgegangenen, enorme Massen gallertiger Flüssigkeit enthaltenden Geschwulst, so wie zur

Entleerung beträchtlicher Mengen von Gallertmassen aus dem Bauchraume gemacht worden waren; handelte es sich um ein mit Bildung metastatischer Cysten am visceralen Blatte des Bauchfells einhergehendes glanduläres Cystoma pseudomucinosum ovarii, dessen Wände durch herdweise myxomatöse Degeneration und schleimige Erweichung zur Ruptur gekommen waren, außerdem zeigten sich am Bauchfelle neben Pseudomembranen Veränderungen, welche im Sinne einer myxomatösen Umwandlung des letzteren unter gleichzeitigem, fast völligem Schwunde der elastischen Elemente aufzufassen waren. — Ganz anders war die 2. Beobachtung zu deuten. Hier fanden sich bei der Sektion des betr. Pat. namentlich in der Beckenhöhle, dem Bauchfelle stellenweise ziemlich fest anhaftend, große Quantitäten gallertiger Massen, welche aus dem an einer Stelle geborstenen, mit gleichen Gallertmassen erfüllten Wurmfortsatze stammten und da, wo sie dem Bauchfelle auflagen, zur Bildung zottiger Auswüchse an letzterem geführt hatten; der Eintritt der Ruptur des Wurmfortsatzes und die consecutive Ansammlung der Schleimmassen mit den daraus resultirenden peritonealen Veränderungen war während des Lebens des unter dem Bilde der Encephalomalakie verstorbenen 74jährigen Mannes symptomlos verlaufen.

F. hält auf Grund seiner Beobachtungen es für richtiger, den Ausdruck Pseudomyxoma peritonei fallen zu lassen und statt dessen von Ruptur eines Cystadenoma pseudomucinosum ovarii und von peritonealer Metastasenbildung oder von Durchbruch eines cystisch entarteten Proc. vermiformis und von consecutiver Ansammlung von Schleimmassen in der Bauchhöhle zu sprechen. **Kramer** (Glogau).

---

16) **A. T. Ssidorenko.** Experimentelle Prüfung der heutigen Methoden der Gastroenterostomie vom Gesichtspunkte des praktischen Arztes.

(Annalen der russ. Chirurgie 1901. Hft. 1 u. 2.)

Auf Grund eingehenden Studiums der Litteratur (388 Nummern) und eigener Experimente zieht S. allen Methoden die Hacker'sche Gastroenterostomia retrocolica posterior vor; falls sie nicht mehr anzuwenden ist (bei vorgeschrittenem Processe), muss man nach Wölfler operiren — mit Drehung der Schlinge und Anhängen des zuführenden Schenkels. Bei deutlichen Symptomen der Sporenbildung ist wiederholte Laparotomie und Enteroanastomose angezeigt. Endlich ist überall, wo nur möglich, der Murphyknopf anzuwenden mit nachfolgender cirkulärer Serosanaht. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

---

17) **F. Fraenkel.** Über die subkutane Leberruptur und deren Behandlung durch die primäre Laparotomie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 2.)

F. giebt eine ausführliche Beschreibung von Ätiologie, Pathologie, klinischem Bild und Behandlung der subkutanen Leberrupturen,

wobei ihm 29 Fälle der Litteratur, so wie folgende eigene Beobachtungen als Ausgangspunkt dienen:

1) 31jähriger Dienstknecht. Nach Hufschlag Leibschmerzen, wiederholtes Aufstoßen. Starker Collaps, Leberdämpfung verkleinert, in den abhängigen Partien des Bauches Dämpfung, wechselnd bei Lageveränderung. Kontraktion der Bauchmuskeln. Druckempfindlichkeit des Leibes. Bei der $8^1/_2$ Stunden nach der Verletzung vorgenommenen Laparotomie findet sich die Bauchhöhle mit Blut erfüllt. In der Leber ein großer und mehrere kleinere Risse. Naht derselben. Tamponade der Nahtstelle. Kochsalzspülung der Bauchhöhle. Tod nach 20 Stunden in Folge von Anämie.

2) 24jähriger Tagelöhner. Sturz gegen eine Eisenschwelle. Kontraktion der Bauchdecken, Druckschmerz der Lebergegend. Anfallsweise Leibschmerzen, rechtsseitiger Schulterschmerz, allmähliche Pulsverschlechterung. Laparotomie (nach 11 Stunden) zeigt in der Bauchhöhle 2—3 Liter Blut, in der Leber einen mächtigen Riss neben kleineren Verletzungen. Naht des Hauptrisses; Tamponade der übrigen Risse. Reinigung der Bauchhöhle mittels Kompressen. Heilung.

In einer dritten Beobachtung wurde ebenfalls wegen Verdachtes einer subkutanen Leberruptur laparotomirt, doch lagen nur subkapsuläre Verletzungen des Organs, keine eigentlichen Zerreißungen vor.

Um festzustellen, ob eine einfache Bauchkontusion oder eine schwere Binnenverletzung vorliegt, soll nach Verf. in erster Linie die Anamnese (Art und Ort der Gewalteinwirkung) berücksichtigt werden. Ferner ist auf Zeichen innerer Blutungen (Puls!) zu achten. Konstante Temperaturerniedrigungen, ferner aber auch erhöhte und ansteigende Temperaturen, Erbrechen und Aufstoßen würden für eine schwerere Schädigung sprechen. Besondere Wichtigkeit besitze die Kontraktion der Bauchdecken, da sie bei stärkerer Ausbildung fast immer als Zeichen einer inneren Verletzung gelten dürfe. Des weiteren kämen Schmerzen in Bauch und Schulter, event. Nachweis von Gallenfarbstoff im Urin in Betracht. Therapeutisch soll Alles vermieden werden, was einer Klärung der Situation im Wege steht (Opium, Morphium, Excitantien). Die Behandlung bestehe vielmehr in frischen Fällen in baldigster Laparotomie event. Probelaparotomie. Die Leberwunde werde bei glattwandigen Rissen der Regel nach durch tiefgreifende Nähte mit starkem Katgut versorgt, bei zerquetschten Rändern und Zertrümmerungsherden austamponirt. Verf.s statistische Zusammenstellung ergiebt, dass von 31 operirten Fällen 17 geheilt, 14 gestorben sind; doch kommen von den Todesfällen nicht weniger als 10 auf Rechnung schwerer komplicirender Verletzungen. **Honsell** (Tübingen).

---

18) **Sirand.** Sur un nouveau procédé pour aborder la face convexe du foie; décollement et relèvement du cul de sac pleuro-diaphragmatique droit. (Voie parapleurale trans-diaphragmatique.)

(Province méd. 1900. No. 52. 1901. No. 1.)

Auf Grund anatomischer Untersuchungen schlägt der Autor zur Aufsuchung von Eiterhöhlen, Cysten etc. innerhalb der Leberkuppe,

mit oder ohne peritoneale Verwachsungen, subphrenischer Abscesse, Fisteln, auch solcher nach umschriebenen tuberkulösen Peritonitiden oberhalb der Leber den Weg vor, nach »temporärer Resektion der 8. und 7. Rippe, event. auch der 6. Rippe und Mobilisation dieses Brustkorbfensterladens« die Pleurawand zu erreichen, die uneröffnete Pleura zurückzuschieben und quer durch das Zwerchfell in den Krankheitsherd einzudringen. Nach genügender Drainage kann »der Laden« wieder geschlossen werden. Die genauen anatomischen Daten müssen im Originale verfolgt werden.

Herm. Frank (Berlin).

---

19) **Miyake.** Zur experimentellen Erzeugung der Gallensteine mit besonderer Berücksichtigung des bakteriellen Verhaltens der Gallenwege.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VI. Hft. 4 u. 5.)

Das Princip, welches M. seinen Experimenten einer künstlichen Erzeugung von Gallensteinen bei Thieren zu Grunde legte, bestand in dem Versuche einer experimentellen Bestätigung der Naunyn-schen Theorie von der bakteriellen Ätiologie der Cholelithiasis.

Als Voruntersuchung beantwortete M. die Frage, ob und welche Bakterien unter normalen Verhältnissen in den Gallenwegen vorkommen. Er untersuchte unter allen Kautelen den Gallenblaseninhalt von 55 Hunden und 21 Kaninchen und fand nur bei einem einzigen Hunde die Galle mit Bact. coli commune inficirt. Er konnte die Angabe von Ketter und Ductaux bestätigen, dass nur die unterste Partie des Ductus choledochus in direkter Nähe der Papilla duodenalis nicht immer, aber in den meisten Fällen keimhaltig zu sein pflegt.

Sodann untersuchte er, ob er durch pathologische Veränderungen der Gallenblase Bakterienentwicklung in den Gallenwegen befördern könne. In 6 Versuchen fand er, dass weder feste noch lockere Unterbindung des Ductus cysticus zur Infektion der in der Gallenblase befindlichen Galle führe, dagegen regelmäßig die Unterbindung des Ductus choledochus. Führte er sterile Fremdkörper in die Gallenblase ein, so blieb unter 8 Versuchen nur 5mal die Galle steril; unterband er zugleich locker den Ductus cysticus, so blieb unter 3 Fällen 2mal die Galle steril. Akute Schädigungen der Gallenblasenschleimhaut (7 Versuche) führten nur ausnahmsweise zur Infektion der Galle.

Nachdem M. sodann weitere Versuche angestellt über das Verhalten künstlich in die Gallenblase eingeführter Bakterien und über die Frage der hämatogenen Galleninfektion, kommt er zur Kernfrage: Was führt zur Konkrementbildung in der Gallenblase? Das Verweilen steriler Fremdkörper jeder Art in der Gallenblase, selbst über 3—8 Monate hinaus, eben so Schädigungen der Schleimhaut durch Kauterisation, Ätzung und Auskratzung führen ohne gleichzeitige Infektion der Galle nie zur echten Konkrementbildung; es kommt

zwar nicht selten zur Inkrustation des Fremdkörpers durch Kalkkrystalle und eingedickte Galle, aber nicht zu echter Steinbildung. Dagegen gelang Erzeugung echter Steine bei Infektion der Galle mit consecutivem chronischem Katarrh der Gallenwege und Verhinderung der Möglichkeit, dass etwa vorhandene Uranlagen von Steinen durch die Kontraktionen der Gallenblase nach dem Darme abgestoßen werden. Unter 16 Fällen, in denen es zum Katarrh der Gallenblasenschleimhaut gekommen war, theils durch Injektionen verschieder Bakterien, theils durch Einbringung steriler Fremdkörper, theils durch Kombination der beiden Methoden, fanden sich in 5 Fällen cholestearin-, kalk- und gallenfarbstoffhaltige Steine auf verschiedenen Entwicklungsstufen. 2mal waren sie auf Fremdkörpern inkrustirt, 3mal hatten sich 1—3 Steine als selbständige Individuen gebildet. Die Zeitdauer der Beobachtung schwankte in den 5 Fällen echter Steinbildung zwischen $^1/_2$—1 Jahr. Die erhaltenen »reifen« Steine waren hart, von deutlicher Struktur, theilweise facettirt, bis erbsengroß. Die Art der Bakterien ist unwesentlich für die Bildung der Konkremente, doch darf ihre Virulenz nicht zu hoch sein.

Die schönen Untersuchungen M.'s bestätigen demnach die Theorie Naunyn's vom steinbildenden Katarrh der Gallenwege und stimmen im Wesentlichen überein mit den analogen Experimenten Mignot's, welche dem Verf. erst mitten in seiner Arbeit bekannt wurden.

Haeckel (Stettin).

Kleinere Mittheilungen.

20) **C. Stich** (Leipzig). Maximalthermometer für die Sterilisation von Verbandstoffen.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 28.)

Zur Aufnahme eines aus Wismuth, Blei und Zinn bestehenden, bei der Sterilisationstemperatur schmelzenden Stäbchens dient ein kleiner Apparat aus 2 verbundenen, Platindraht enthaltenden Glaskugeln. Derselbe ist bis zum 1. Drittel der 2. Kugel mit Wasser gefüllt, um das Ankleben der Legirung zu vermeiden; letzteres liegt vor Benutzung des Apparates in der oberen Kugel, aus der es bei erreichtem Schmelzpunkte der Legirung in die untere abfließt.

Kramer (Glogau).

21) **Hammer.** Eine neue Spritze zur Schleich'schen Anästhesie. (Aus der chirurg. Klinik der Universität Freiburg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 28.)

Die Füllung der Spritze erfolgt bei etwas gesenkter Kanüle durch ein am hinteren Ende des Cylinders angebrachtes Fenster, hinter welches der Kolben zurückgezogen werden kann, mittels einer Flasche mit eingeschliffener Ausgussvorrichtung. Die Schleich'sche Lösung wird in der Flasche aufgehoben und mit letzterer ausgekocht. Sobald bei der Füllung der 10 ccm fassenden Spritze die Flüssigkeit bis zur Höhe des Fensters gestiegen ist, wird bei immer noch gesenkter Kanülenspitze der zurückgezogene Kolben an dem Fenster vorbeigeschoben und dadurch der Abschluss bewirkt. — Die Spritze (Lieferant: Fischer, Freiburg) hat sich seit 2 Jahren in der dortigen chirurgischen Klinik bewährt.

Kramer (Glogau).



22) **Adrian.** Über einen eigenthümlichen Fall von Tetanus.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VI. Hft. 4. u. 5.)

In der Naunyn'schen Klinik wurde folgender Fall von idiopathischem Tetanus bei einem 30jährigen Manne beobachtet:

Im Laufe von 4 Wochen bildete sich folgender Symptomenkomplex aus: Einseitiger Trismus links, tonischer einseitiger Cucullariskrampf links, starkes Schwitzen, Steifigkeit der Muskulatur der Beine, enorm erhöhte Reflex- und direkte Muskelerregbarkeit, Pulsverlangsamung, universelle, vorzugsweise um linkes Schultergelenk und linke Halsseite lokalisirte, starke, indolente Lymphdrüsenschwellung. Im weiteren Verlaufe trat ein exsudatives Erythem an beiden Unterschenkeln und ein scharlachähnliches an beiden Oberschenkeln auf. Es erfolgte völlige Heilung. Das Serum des entnommenen Blutes hatte keine Immunisirungskraft bei Mäusen; Schmutz, von verschiedenen Theilen der Körperoberfläche abgeschabt, enthielt keine Tetanusbacillen; Impfversuche damit auf weiße Mäuse ohne Erfolg.

Solch örtlicher Tetanus bildet im experimentellen Tetanus der Thiere eine ganz gewöhnliche Erscheinung, beim Menschen ist er sehr selten. In den wenigen bisher beschriebenen Fällen handelte es sich um traumatischen Tetanus; obwohl im vorliegenden Falle nichts von vorangegangenen Traumen bekannt ist, muss man doch wohl annehmen, dass der sog. idiopathische Tetanus ein traumatischer ist. Die Lymphdrüsenschwellung ist schwer zu deuten. **Haeckel** (Stettin).

23) **Casassa.** Tiroidite da pneumococco.

(Gazz. med. di Torino 1901. No. 23.)

50jähriger Mann. Pneumonie des linken Unterlappens mit verzögerter Resolution. In der Rekonvalescenz traten mehrere subkutane Abscesse auf, theils an Stellen, wo subkutane Injektionen gemacht waren, theils anderwärts; ein weiterer in der Schilddrüse unter Anschwellung des Halses und kollateralem Ödem des Kehlkopfes. Im Eiter neben Streptokokken Pneumokokken.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

24) **W. D. Kolotinski.** Eine seltene Folge von Verätzung des Ösophagus mit Schwefelsäure; Gastrostomie.

(Medicinskoje Obosrenje 1900. November. [Russisch.])

Ein betrunkener Soldat trank aus Irrthum ein Gläschen verdünnter Schwefelsäure. Man machte erfolglose Sondirungsversuche. Nach 8 Tagen Erbrechen, wobei die Schleimhaut der Speiseröhre und eines Magentheiles im Zusammenhang ausgestoßen wurde. Die Speiseröhre war 30 cm lang, die Fetzen der Magenschleimhaut bis 17 cm. Darauf wurde zuerst das Schlucken leichter, später aber traten wieder Stenoseerscheinungen auf. Gastrostomie nach Witzel 24 Tage nach dem Unfalle. Die Fistel dilatirte sich bald, und nach 20 Tagen trat der Tod ein. Die Sektion zeigte Stenose am Übergange des Rachens in die Speiseröhre, so wie des Pylorus; mehr als die Hälfte der Magenschleimhaut war in Form von Streifen durch Narbengewebe ersetzt. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

25) **N. W. Sletow** und **P. J. Postnikow.** Die Elektrolyse bei narbiger Ösophagusstenose.

(Wratsch 1901. No. 1.)

Verff. bringen 2 Fälle mit glänzendem Erfolge. Beide Pat. bekamen die Striktur nach Trinken von Salmiakgeist. S. und P. gebrauchen eine olivenartige Elektrode (nicht wie Fort eine lineäre); der positive Pol der Batterie wird mit dem Rücken des Pat., der negative mit der Olive verbunden. Die Oliven sind 0,5 bis 2 cm stark; die Stromstärke bis 10 Milliampères. Im 1. Falle dauerte der Erfolg bis zu dem 1 Jahr später aus anderer Ursache eingetretenen Tode des Pat.; im 2. Falle waren alle möglichen Mittel (selbst Fort's Elektrolyse von letzterem selbst) angewandt worden, immer ohne Erfolg. Erst die Verff. konnten die Pat. geheilt entlassen; die Heilung dauerte schon einige Monate.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

26) **L. Peters.** Resection of the pendulous, fat abdominal wall in cases of extreme obesity.

(Annals of surgery 1901. März.)

P. berichtet über einen operativ behandelten Fall von abnormer Fettleibigkeit. Die 32jährige Pat., Jüdin, wog 285 Pfund (engl.). Beide Brüste im Gesammtgewichte von 25 Pfund waren ihr 5 Jahre zuvor bereits wegen ihrer Schwere und Größe entfernt worden. Der Leibesumfang betrug 200 cm. Durch einen Querschnitt von Spina ant. zu Spina ant. und einen Bogenschnitt zur Symphyse hin wurde Haut und Fett bis auf die Bauchfascie umschnitten und exstirpirt — zusammen 7450 g. Die Wunde heilte per primam und die sonst gesunde Frau konnte nach 37 Tagen, nachdem noch Diät während der Rekonvalescenz eingehalten wurde, um 59 Pfund leichter das Hospital verlassen.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

27) **J. B. Bullit.** Retrenchment of lipomatous abdominal wall combined with operation for radical cure of umbilical hernia.

(Annals of surgery 1900. November.)

Über einen ähnlichen Fall berichtet B.; doch war hier der Fettbauch bei der 38jährigen Frau, die 240 Pfund (engl.) wog, noch durch einen Nabelbruch komplicirt. Auch hier wurde nach Versorgung des Bauches Haut und Unterhautfettgewebe mit sehr gutem Erfolge in ganz ähnlicher Weise exstirpirt.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

28) **A. Sswojechotow.** Über peritoneale Verwachsungen.

(Medicinskoje Obosrenje 1900. December. [Russisch.])

1) Ein 11jähriger Knabe fiel von einem Wagen, wobei ein schwerer Mehlsack auf ihn herabfiel. Symptome von Peritonitis. Zuletzt blieb hartnäckiges Erbrechen zurück, das beim Gehen und Arbeiten auftrat, so wie bei übermäßigem Essen. Laparotomie nach einem Jahre; das Colon transversum mit der vorderen Bauchwand verwachsen; Magen frei. Lösung der Verwachsungen; Heilung, die bis zu dem nach 2 Jahren erfolgten Tode anhielt (der Tod erfolgte an Vergiftung mit Fischptomainen).

2) Mann, 27 Jahre alt, leidet seit 15 Jahren nach einem Huftritte gegen den Unterleib an starken Magenschmerzen und Erbrechen, zuweilen mit Blutbeimengung. Man nahm ein Magengeschwür mit Verwachsung an. Operation; Verwachsungen zwischen Magen, vorderer Bauchwand, Leber, Gallenblase und Colon transversum. Kein Geschwür. Lösung der Verwachsungen, Heilung (6 Monate andauernd).

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

29) **F. K. Weber.** Über Peritonitis pseudomyxomatosa.

(Annalen der russ. Chirurgie 1901. Hft. 3.)

W. beschreibt 3 eigene Fälle. Der erste wurde 1893 operirt und damals nicht recht verstanden. Er bot das Bild eines weit vorgeschrittenen Stadiums dar; leider konnten bei der Operation wegen großer Schwäche der Pat. die inneren Genitalien nicht untersucht werden; auch die Sektion unterblieb. — Auch bei der 2. Pat. befand sich die Krankheit in einem späten Stadium. Der Leib war ad maximum mit Kolloidmassen angefüllt, das Netz und das parietale Peritoneum mit dünnwandigen Cysten bedeckt; die Leberoberfläche zeigte auch eine walnussgroße Cyste. Beide Eierstöcke waren zu Kolloidcysten entartet, konnten aber nicht entfernt werden. Nach der Operation — Reinigung der Bauchhöhle — Besserung; bald öffnete sich am Nabel eine Cyste, die dann und wann Kolloid entleert, worauf Erleichterung eintritt; nach 5 Wochen Infektion von hier aus, Peritonitis und Tod. Sektion: Die Cysten am Netze erweisen sich als Ansammlung von Kolloid in den Lymphbahnen, am Bauchfell als inkapsulirtes Kolloid. — Das meiste Interesse bietet der 3. Fall: Pat. hat eine über den Nabel reichende Ovarialcyste.



Kein Trauma, kein Erguss ins Bauchfell. Bei der Operation findet man eine 2—3 Tage alte Ruptur, etwa markstückgroß, oben an der Cyste, von wo sich etwas Kolloid in die Bauchhöhle ergossen hat. Reinigung. Heilung. Bei der mikroskopischen Untersuchung von Stückchen des Netzes und des parietalen Peritoneums zeigen sich Veränderungen, wie sie Hinsberg beschrieben hat (Virchow's Archiv Bd. CLII): An den Stellen, wo das Kolloid aufliegt, ist das Endothel geschwunden und aus dem Netzstroma dringen ins Kolloid große spindelförmige Elemente, wohl Fibroblasten — also reaktive Entzündung. — Verf. bestätigt vollständig Werth's Theorie der Krankheit. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

30) **P. D. Weingrow.** Ein seltener Fall von eitriger Periappendicitis.

(Wratsch 1901. No. 17.)

Das Interesse des sonst typischen Falles besteht darin, dass Pat. seinen Wurmfortsatz am 15. Tage der Krankheit durch den After ausstieß: der um denselben entstandene Abscess hatte sich in die Darmlichtung eröffnet. Heilung.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

31) **Parona.** Di un 'ernia epigastrica con entro il ventricolo e del metodo operativo impiegato per guariola.

(Policlinico 1901. No. 7.)

Orangegroße Hernia epigastrica, deren Inhalt der adhärente Magen bildete. P. umschnitt die Geschwulst, legte den Bruchsackhals frei, öffnete das freie Bauchfell und umschnitt cirkulär den Hals, so dass der Bruchsack mit dem Magen vorgezogen werden konnte. Die verwachsene Partie des letzteren wird excidirt. Naht des Magens und der Bauchwand. Am Magen war die Nahtlinie 8 cm lang. Glatte Heilung. Mikroskopisch befand sich die Schleimhaut im Bereiche des Bruches in hochgradiger Degeneration. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

32) **R. Hummel.** Bruchband aus Phosphorbronze mit wassergefüllter Gummipelotte.

(Ärztliche Polytechnik 1901. Juni.)

Entgegen den Kamper'schen Bruchbändern haben wir an obigem Bruchbande ein Metall, die Phosphorbronze, welche biegsam und dabei doch hochgradig elastisch ist. Man kann sie, ähnlich wie einen Bleidraht, um das Becken herum anschmiegen und beliebig krümmen. So wird sie von der Kreuzgegend um das Becken zur Leisten- oder Schenkelgegend, dann in einem Bogen um den Schamberg zur anderen Seite ums Becken zur Kreuzgegend zurückgeführt, wo die beiden Enden unter Freilassung der Dornfortsätze mit einem Gummibande verknüpft werden. An jeder Stelle können beliebig geformte Pelotten angesetzt werden; eben so sind Schenkelriemen anzubringen. Die Phosphorbronze wird vom Schweiß nicht angegriffen. Sie kann mit jedem beliebigen Materiale garnirt werden. Abbildung im Originale. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

33) **Dauber.** Über spastische Kontraktion der Cardia und ihre Folgezustände.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VII. Hft. 1.)

D. giebt die Krankengeschichte eines 39 Jahre alten Mannes, der die Erscheinungen einer spastischen Kontraktur der Cardia mit sekundärer Erweiterung der Speiseröhre in derselben Weise darbot, wie sie in übereinstimmender Weise von Zenker, Merkel, Rumpel, Rosenhain u. A. geschildert worden sind. Es wurde eine Magenfistel angelegt, welche man nach 2 Monaten wieder zugehen ließ, da sie keinen wesentlichen Erfolg hatte. Im weiteren Verlaufe gesellte sich Schleimhautkatarrh der Speiseröhre dazu, die spindelförmige Erweiterung derselben nahm zu. Unter stetem Vergleiche mit früher publicirten Fällen zeichnet D. sodann die Symptomatologie, Differentialdiagnose und Therapie der Affektion. Die Prognose des Leidens ist sehr schlecht, so dass die von Rumpel vorgeschlagene Resektion wohl in Frage kommen könnte.



In einer Anmerkung weist v. Mikulicz darauf hin, dass er schon 1882 als Erster dieses Leiden als Cardiospasmus beschrieben habe. **Haeckel** (Stettin).

34) **Martin.** Zur chirurgischen Behandlung des Cardiospasmus und der spindelförmigen Speiseröhrenerweiterung.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VIII. Hft. 1 u. 2.)

Ausführliche Wiedergabe einer von M. 1900 auf der Aachener Naturforscherversammlung gemachten Mittheilung, welche in diesem Centralblatte 1900 p. 1030 schon referirt ist. Als neu fügt M. die Angabe hinzu, dass er aus der Magenfistel das Rohr nach 8monatigem Bestehen der Fistel endgültig entfernte; die Fistel schloss sich darauf sofort spontan. Pat. spült sich noch wöchentlich 1mal den Ösophagus aus; das Schluckvermögen und Allgemeinbefinden sind vorzüglich.

Haeckel (Stettin).

35) **Swain.** A retrospect of a third series of 50 consecutive intra-abdominal operations.

(Bristol med.-chir. journ. 1901. März u. Juni.)

Von den 50 mitgetheilten Laparotomien aus den verschiedensten Gebieten der Bauchchirurgie seien folgende erwähnt:

Intrapylorisches Fibrom und Pylorektomie. Vor 8 Jahren Symptome eines Magengeschwürs, seit mehreren Jahren die einer Pylorusstenose. Rechts vom Nabel eine harte, faustgroße Geschwulst mit knolliger Oberfläche, welche nach allen Seiten hin (am wenigsten nach unten), stark verschiebbar ist, und deren Zusammenhang mit dem Magen zweifelhaft bleibt. Nach Eröffnung der Bauchhöhle und Incision der vorderen Magenwand ergiebt sich, dass die Geschwulst mit breitem Stiele von der hinteren Wand des Pylorus ausgeht, mit ihrer Hauptmasse in die Magenhöhle hineinragt und durch ihr Gewicht zu einer Invagination der benachbarten Theile des Magens und Duodenums und zu Verlegung des Pylorus geführt hat. Die Schleimhaut über der Geschwulst entzündlich verändert, sonst intakt; in der Pylorusgegend fand sich ein altes, vernarbtes Geschwür. Ausgedehnte Pylorektomie, völlige Heilung. Die Geschwulst war ein Fibrom mit stellenweise myxomatöser Entartung.

Volvulus in Folge von Verwachsungen nach Anwendung des Murphyknopfes. Vor 6 Jahren wegen eingeklemmten Bruches Darmresektion und Vereinigung mittels Murphyknopfes; zur Zeit plötzliche Ileuserscheinungen. Bei der Laparotomie fand sich ein Theil des Ileums entlang der ganzen Länge der Innenseite der alten Bauchnarbe verwachsen und um die Achse dieser Adhäsionsfläche gedreht. Lösung der Verwachsungen und Zurückdrehen des Darmes, Heilung. Die Darmnarbe an der Stelle der alten Knopfvereinigung war als weiße Linie sichtbar; sie war sehr fest, die Darmlichtung nicht verengert.

Mohr (Bielefeld).

36) **Bauby** (Toulouse). Trois cas d'éviscération post-opératoire spontanée.

(Arch. prov. de chir. 1901. No. 6.)

B. berichtet aus der Jeannel'schen Abtheilung über 3 Fälle von Eventration nach Laparotomie. Der erste der Fälle verlief glücklich; es handelte sich um eine 38jährige Frau, welcher man eine Eierstockscyste entfernt hatte. Am 7. Tage nach der Operation, 2 Stunden nachdem man die äußeren Hautnähte entfernt, fühlte Pat. bei einem Hustenstoße plötzlich, dass unter dem Verbande etwas in Unordnung war. Obwohl etwa 1 m Dünn- und Dickdarm herausgetreten war und dem Verbande anklebte, war die Zurückbringung der Darmschlingen in Narkose, der eine Abspülung voraufgeschickt wurde, doch von bestem Erfolge. Pat., welche übrigens nach dem Austritte der Eingeweide keinerlei Chokerscheinungen gehabt hatte, konnte 22 Tage später geheilt entlassen werden.



Nicht so glücklich war man in der Behandlung 2 anderer Fälle, in denen die Laparotomienarbe beide Male am 8. Tage platzte. Hier gelang es nämlich nicht, die Eingeweide wieder ganz in die Bauchhöhle zurückzubringen. Den einen Fall komplicirte überdies eine starke Bronchitis. Die Pat. ging an Peritonitis zu Grunde. Im 2. Falle wurde die eventrirte Darmschlinge brandig; es bildete sich eine Kothfistel, und die Pat. ging schließlich an Entkräftung zu Grunde. Verf. zieht aus seinen Erfahrungen den Schluss, dass man immer bemüht sein sollte, nöthigen Falls in Allgemeinnarkose die Darmschlingen zu reponiren und den Bauch wieder vollständig zu vernähen. Im Allgemeinen zeigen aber auch seine Fälle, dass das so außerordentlich alarmirende Ereignis des Aufgehens der Laparotomiewunde doch nicht immer das Leben der Pat. bedroht.

P. Stolper (Breslau).

37) **Villard et Gauthier.** Perforation de l'estomac par ulcère. Laparotomie. Gastrostomie temporaire. Guérison.

(Province méd. 1901. No. 15.)

35jähriger Mann, seit 10 Jahren Magenerscheinungen, seit 7 Jahren häufiges Blutbrechen. Die Perforation tritt vor der Mittagsstunde ein, nachdem seit dem vorigen Abend nur noch eine Tasse Kaffee Morgens getrunken war. Operation 34 Stunden nach dem Durchbruche, während welcher Zeit auch nur ein Glas Wasser genommen wurde. Bei der Operation erweist sich eine nur mäßige Betheiligung der Serosa — wenig Erguss, einige Dünndarmschlingen injicirt — und als Ausgangsstelle der Infektion nicht der Magen unmittelbar, sondern eine perigastritische Tasche, welche durchgebrochen ist. Dabei sitzt das Geschwür in der Ausdehnung eines 50-Centimesstückes in der Mitte einer speckig indurirten Platte ziemlich hoch an der kleinen Curvatur — alles Umstände, welche den günstigen Ablauf des Ereignisses erklärlich machen. Zum Verschlusse des Loches konnte eine Naht nicht in dem brüchigen Gewebe angelegt werden; es wurde desswegen durch Annähen der vorderen Magenwand die Durchbruchstelle von dem Peritonealsacke abgeschlossen und für sich drainirt, und der letztere ebenfalls durch v. Mikulicz-sche Ausstopfung versorgt. Fistellose Heilung nach 8 Wochen. In der Folge besonders günstige Beeinflussung des Allgemeinbefindens; die Geschwürssymptome sind vollkommen beseitigt, Körpergewicht in einem halben Jahre um $7^1/_2$ kg gesteigert gegen die Zeit vor dem Durchbruche. — Der beschriebene Fall ist also der 4. aus Frankreich berichtete von operativer Heilung eines Magengeschwüres (Michaux 1894, Hartmann 1894, Mauclaire 1897).

Herm. Frank (Berlin).

38) **Hirschfeld.** Über peritoneale Adhäsionen durch Ulcus ventriculi nebst Bemerkungen zur chirurgischen Therapie des Ulcus ventriculi.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VI. Hft. 3.)

Bei einem ausgedehnten, die Magenwand weithin infiltrirenden, mit der vorderen Bauchwand in einem großen Bezirke verwachsenen Magengeschwüre, das dem von Hofmeister, Schwarz u. A. beschriebenen glich, wurde erst eine Gastroenterostomie, dann die Resektion der erkrankten Stelle ausgeführt; es musste quer aus dem ganzen Umfange des Magens ein Ring entfernt werden; cirkuläre Naht; ein Drain wird vom Magen mit einem Ende durch die alte Gastroenteroanastomose ins Jejunum geführt, mit dem anderen zur Bauchwunde herausgeleitet. Auch sonst fanden sich zahlreiche Verwachsungen im Bauche, welche gelöst wurden. Heilung. Es werden sodann noch einige andere Fälle berichtet, in denen bei Magengeschwür, abgesehen von den am Magen selbst ansetzenden Verwachsungen, sich noch solche am Dickdarme und kleinen Becken fanden. Sie sind Ursache heftiger Schmerzen und sind so zu erklären, dass in der Umgebung des Geschwürs eine fibrinöse Exsudation stattfindet; die Darmbewegungen vertheilen das Fibrin in der Bauchhöhle und führen besonders da zu Verlöthungen, wo der Darm ruhiger liegt.

Haeckel (Stettin).



39) **W. J. Rasumowski.** Ein Fall von Gastropexie.

(Annalen der russ. Chirurgie 1901. Hft. 2.)

Pat., 48 Jahre alt, leidet seit 2 Jahren an Magenschmerzen. Man machte die Laparotomie unter der Diagnose: Pylorusstenose mit Magendilatation. Doch erwies sich der Magen sehr tief — kleine Curvatur unter dem Nabel, Schlingen- (oder Hörnchen-) Form nach Riegel (Taf. V in: Die Erkrankungen des Magens, Specielle Pathologie und Therapie von Nothnagel). Sonst Alles normal. Der Magen wurde mittels 2 Paar Nähten hoch oben an der Bauchwand fixirt. Resultat glänzend, gar keine Schmerzen mehr. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

40) **J. Schnitzler.** Zur Symptomatologie des Darmarterienverschlusses.

(Wiener med. Wochenschrift 1901. No. 11 u. 12.)

Zu den beiden Haupttypen des Krankheitsbildes des Darmarterienverschlusses — blutige Diarrhöen unter heftigen Koliken oder Ileus, beide aber unter plötzlichem Hereinbrechen der Baucherscheinungen — giebt der Autor auf Grund einer Beobachtung ein 3. Krankheitsbild, gekennzeichnet durch eine sehr langsame Vorbereitung unter hartnäckigster Verstopfung und jahrelang bestehenden Schmerzen, welche im letzten Halbjahre besondere Heftigkeit und kolikartigen Charakter angenommen hatten, während die letzte Katastrophe, die hämorrhagische Infarcirung des Darmes, sich nicht durch die in jedem Falle sonst stürmischen Erscheinungen des Darmtractus, sondern eigentlich nur durch unvermittelt spontane breiige Stuhlentleerung ankündigte; die übrigen terminalen und subjektiven Erscheinungen hoben sich von dem Gesammtverlaufe weniger ab. Der anatomische Befund war ein seit Monaten wohl schon bestehender Verschluss beider Mesenterialarterien durch einen festen, fibrösen, weißen Bindegewebspfropf von 1 cm Stärke. Weiter gegen die Peripherie ist die Lichtung der Arterie wieder frei, eben so wie die Gefäßschlingen der Radix mesenterii. Es hatte sich also offenbar bei der langsamen Entwicklung ein Kollateralkreislauf durch die Bahnen der Art. pancreatico-duodenalis und die tiefen Hämorrhoidalarterien entwickelt, welcher nur in den letzten Tagen bei der sinkenden Herzkraft erlahmte und dann die akute blutige Infarcirung nicht mehr verhinderte. Der Autor entwickelt daraus das Bild einer intermittirenden anämischen Dysperistaltik, welche — analog der Dysbasia intermittens nach Erb bei Extremitätengefäßverschluss — die intermittirenden Schmerzanfälle daraus erklärt, dass in der Ruhe die Blutzufuhr noch gerade genügte, bei funktioneller Anspannung die relative Anämie oder Insufficienz der Blutversorgung die schmerzhafte, intensiv intermittirende Dysperistaltik herbeiführte.

Herm. Frank (Berlin).

41) **Quadflieg.** Über einen Fall von chronischer ileocoecaler Invagination. (Aus der chirurg. Abtheilung des städtischen Krankenhauses »Mariahilf« in Aachen. Dr. Krabbel.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 27.)

Der 28jährige Pat. hatte im letzten Vierteljahre wiederholt heftige Anfälle von krampfartigen Schmerzen im Unterleibe, oft mit Erbrechen, gehabt, und fand sich als Ursache dieser Beschwerden unterhalb und links vom Nabel eine auf Druck stark empfindliche, sehr bewegliche, faustgroße Geschwulst; der Stuhlgang war ganz normal, so dass die besonders nach der linken Nierengegend hin verschiebliche, bei Colonaufblähung verschwindende Geschwulst von der Niere auszugehen schien. Erst die Operation brachte Klarheit; Ileum und Coecum waren bis ins Colon transversum hinein eingestülpt und ließen sich bis auf eine Partie von 20 cm Länge reponiren. Der nicht ausstülpbare Theil wurde resecirt, Ileum und Colon sodann vernäht. Heilung. In dem ausgeschnittenen Darmstücke fanden sich breite, tiefe, ringförmige Geschwüre mit schmierigen Belägen. **Kramer** (Glogau).

42) **M. O'Hara. A method of performing anastomosis of hollow viscera by a new instrument.**

(Annals of surgery 1901. Februar.)

O'H. beschreibt ein neues Instrument für intestinale und viscerale Anastomosen. Eine Reihe von Photogrammen erläutert dessen Gebrauch. Das kleine Instrument macht den Gebrauch anderer Instrumente, so wie die Hände des Assistenten überflüssig, eine Verunreinigung der Wunde durch Darminhalt wird ausgeschlossen. — Näheres ist im Originale einzusehen.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

43) **F. Roskoschny. Zur Kasuistik der Darmausschaltungen.**

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 406.)

Eine fleißige, werthvolle Arbeit, welche über das reichhaltige einschlägige Material der früher Albert'schen, jetzt Hochenegg'schen Klinik in Wien ausführlich Bericht erstattet. Sämmtliche Fälle werden in sorgfältig geführten Krankengeschichten mitgetheilt, das klinische Gesammtergebnis allgemein durchgesprochen, zum Schlusse noch eine tabellarische Übersicht gegeben; die Litteratur ist berücksichtigt und in einer Liste zusammengestellt.

Die Fälle werden eingetheilt in »partielle Darmausschaltungen« (einfache Enteroanastomosen) und »totale Ausschaltungen« (Operationen mit Trennungen des auszuschaltenden Darmes und Einnähung seiner Schnittöffnungen in die Wunde). Von der ersten Gruppe werden 18, von der zweiten 16 Operationen mitgetheilt. Die Indikation zur Operation bestand stets in Darmstenosenerscheinungen, meist verbunden mit Geschwulstbildung. Die letztere war in der Mehrzahl der Fälle auf das Ileocoecum lokalisirt, und haben die tuberkulösen Erkrankungen das Übergewicht. Doch fehlt es auch nicht an Carcinomen, postappendicitischfistulösen Affektionen etc. Der Entschluss zu diesen Operationen kann meist erst dann stattfinden, wenn nach Eröffnung der Bauchhöhle und vorgenommener Orientirung es sich herausstellt, dass eine radikale Exstirpation bezw. Resektion nicht möglich ist. Über die Wahl zwischen einfacher Enteroanastomose und Darmausschaltung sind keine präcisen Vorschriften möglich. Besitzt die zu Grunde liegende Darmerkrankung nicht zu große Dimensionen, verspricht, wenn dieselbe entzündlicher Natur ist, eine medikamentöse Einwirkung einen Erfolg, und scheint der Kranke dem schwereren Eingriffe der Ausschaltung gewachsen, so wird diese am Platze sein. Liegt aber eine bösartige Neubildung vor, sind Drüsenmetastasen da und beengt die Neubildung den Darm ringförmig bis zur Undurchlässigkeit, so wirkt schon die einfache Enteroanastomose ausgezeichnet. Die durch die Operationen ausgeschalteten Darmtheile waren sehr verschiedene. Bei den 18 einfachen Anastomosen wurden Ileum und Colon ascendens 7mal, Ileum und Colon transversum 6mal mit einander verbunden; 2mal fanden doppelte Anastomosen statt; auch am Colon descendens, S romanum und Mastdarm wurde operirt. Bei den 16 totalen Ausschaltungen wurden 16mal Ileum, 14mal das Coecum, 16mal das Colon ascendens ganz oder zum Theil, 2mal das Colon transversum, 1mal die Flexura lienalis ausgeschaltet. Die Länge der ausgeschalteten Darmenden war sehr verschieden. Die Maxima sind: 2 m und 2 m 10 cm, davon gut 50 cm Dickdarm. Bis auf 2 Fälle, wo das Ileum seitlich ins Colon eingepflanzt wurde, wurden die Därme stets durch seitliche Apposition zusammengefügt, und zwar meist mittels Seidennaht, nur 8mal Behufs Operationsbeschleunigung mit dem Murphyknopf. Die ausgeschalteten Theile wurden meist so versorgt, dass eine proximale und distale Fistel angelegt wurde; und zwar wurde der orale Stumpf unten, der aborale oben in den Wundwinkel gesetzt. Im weiteren Verlauf dienen diese Fisteln der Sekretion der ausgeschalteten Stücke als Entleerungsöffnungen, werden auch von Kothsteinen, Fruchtkernen etc. zum Austritt benutzt. Desgleichen lässt sich durch sie dieses Darmstück spülen — mit Kal. hypermanganicum, Salicyl, Sodalösung, Jodoformglycerin, gewöhnlich aber nur mit lauwarmem Wasser. Bei an Qualität und Quantität sehr wechselnder Sekretion pflegen die entzünd-

lichen Schwellungen dieser Darmtheile gut zurückzugehen, weicher, unempfindlich und auch wohl beweglich, bezw. für eine Sekundärexstirpation geeignet zu werden. Von den 34 Operationen endeten 7 (6 Enteroanastomosen, 1 Ausschaltung) an direkten Operationsfolgen (Pneumonie, Perforationsperitonitis), 6 an indirekten Folgen tödlich. Der nächste therapeutische Erfolg ist der, dass 1—2 Tage nach der Operation sich bereits Stuhl einstellt, die Koliken nicht mehr wiederkehren und keine gesteigerte Peristaltik mehr besteht. Dann schwindet das Fieber, die Geschwulst wird schmerzfrei, das Gewicht nimmt bei stark gesteigertem Appetite zu. Der definitive Ausgang ist aber dem verschiedenen Grundleiden entsprechend sehr ungleich; Lungenphthise, Darmgeschwüre, das weiter wachsende Carcinom kommen hier in Betracht. R. theilt mit, dass von den 18 Enteroanastomosirten 3 noch bestimmt am Leben sind; davon sind 2 ganz wohl, bezw. arbeitsfähig, der dritte bedarf Krankenpflege. Von den Pat. mit totaler Ausschaltung leben sicher 7 (4 ganz wohl resp. arbeitsfähig, 3 unter Krankenpflege). Hinzuzufügen wäre noch, dass bei den Operirten beide Geschlechter gleich oft betroffen waren; sie waren meist in jüngeren und mittleren Jahren, nur 2 über 50 Jahre alt. Die Fisteln der nach Ausschaltung Geheilten pflegen sich mit der Zeit unter Bildung nur kleiner Darmprolapse einzuziehen, zu verengern, ja sich z. Th. spontan zu schließen. Auch nach abgeschlossener Heilung ist die Sekretmenge sehr wechselnd, so dass mancher Pat. täglich, andere nur alle 14 Tage sich verbinden müssen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

44) **E. Payr.** Ein gut funktionirender Verschlussapparat für den sacralen After nach Resectio recti.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 594.)

Der Apparat, den P. hier beschreibt und abbildet, ist nach dem Princip der T-Binde gemacht: an einen cirkulären Leibgurt ist vorn und hinten ein zwischen den Beinen durchgehender Gummischlauch aufgehängt, welcher die genau dem sacralen After anmodellirte, aus feinem Gummi gearbeitete Schlusspelotte trägt. Damit die Bandage nicht herunterrutscht, ist mit ihr ein hosenträgerartiger Haltapparat verbunden. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

45) **M. M. Krjnkow.** Zur Frage von der operativen Behandlung der traumatischen Milzverletzungen.

Diss., St. Petersburg, 1901. 130 S. (Russisch.)

K. bringt 4 Fälle aus dem Obuchowhospitale in Petersburg; einer wurde von ihm, drei von Zeidler operirt. 1) Frau, 31 Jahre alt, war von ihrem Manne geprügelt worden. Symptome von Peritonitis und Flüssigkeitsansammlung im Bauche; keine ausgeprägte Anämieerscheinungen. Laparotomie 42 Stunden nach dem Trauma; im Bauche viel flüssiges Blut mit Gerinnseln; es wurden eine Cyste im rechten Eierstocke und eine 3fingerdicke rechte Tube gefunden und diese Adnexe entfernt; an der konvexen Fläche der Milz ein 3 cm langer und 1 cm tiefer blutender Riss. Schnitt parallel den linken Rippen, Tamponade des Milzrisses, so wie des Beckens; Schluss der Wunde in der Medianlinie. Im weiteren Verlaufe wurde nach 8 Tagen ein Abscess im hinteren Scheidengewölbe eröffnet, nach 12 Tagen ein zweiter in der seitlichen Bauchwunde und ein subdiaphragmatischer über der Milz (mit Resektion der 10. Rippe). Auch weiterhin dann und wann Temperatursteigerungen. Nach 3 Monaten geheilt entlassen. — 2) Pat., 17 Jahre alt, Schusswunde des Bauches und der Brust. Einschuss über der 7. linken Rippe etwas nach innen von der Mammillarlinie. Operation nach 3 Stunden. Erweiterung der Wunde; sie geht durch den unteren Pleuraraum und das Zwerchfell; durch letzteres ist ein Stück Netz vorgefallen, das amputirt wird. Naht dieser Wunden. Laparotomie; im Bauche viel Blut; zweiter Schnitt nach links. Milz durchschossen; heiße Luft (Holländer's Apparat) stillt die Blutung nicht. Tamponade der Milzwunde. Nach 5 Tagen werden durch Punktion aus der linken Pleura 25 ccm seröse Flüssigkeit entfernt; nach 11 Tagen Resektion der 10. Rippe und

Entleerung eines subdiaphragmatischen Abscesses über der Milz; nach 25 Tagen 130 ccm serösblutiger Flüssigkeit aus der linken Pleura punktirt; nach weiteren 18 Tagen neue Punktion; 4 Tage später wieder 170 ccm. Nach $2^1/_2$ Monaten geheilt. — 3) Pat., 30 Jahre alt, mit mehreren Stichwunden; 2 davon im 7. und 8. Interkostalraum, 4—5 cm lang mit Netzvorfall. Operation nach 3 Stunden. Beide Wunden werden durch einen Schnitt vereinigt; im Zwerchfell gleichfalls 2 Wunden. Der Schnitt wurde von oben nach unten durch die Bauchwand 12 cm weit geführt; er verlief am äußeren Rande des M. rectus. Brust- und Bauchraum geöffnet, Netz zurückgezogen. Wunde im Colon transversum, wird genäht; am Milzrande, vor dem Hilus, eine Schnittwunde, vorn 2 cm lang, hinten etwas kürzer; die Blutung wird durch 3 Nähte gestillt. Naht des Zwerchfells und der Brustwunde. Tampon in den Bauch über die Milz. Nach 12 Tagen Punktion der linken Pleura, 150 ccm seröser Flüssigkeit. Nach 52 Tagen geheilt. — 4) Frau, 30 Jahre alt, mehrere Stichwunden. Eine Wunde im 6. linken Interkostalraume in der Axillarlinie; eine zweite im 8. rechten. Bewusstlos. Operation nach $3^1/_2$ Stunden. Schnitt links von der Wunde zur Mittellinie, dann nach unten am äußeren Rectusrande, durch das Zwerchfell bis zu dessen Wunde, wo ein Stück vorgefallenen Netzes amputirt wird. Große Milzwunden; die versuchte Naht hält nicht; Splenektomie. Wunde rechts erweitert; Hämopneumothorax; wegen großer Schwäche oberflächliche Untersuchung. Tod nach $1^1/_2$ Tagen. Sektion: rechts geht die Wunde durch das Zwerchfell und 1 cm tief in den rechten Leberlappen. Todesursache: Anämie.

Aus der Litteratur bringt dann K. 40 Fälle von unkomplicirter subkutaner Milzruptur, 8 Fälle von Milzruptur komplicirt durch Verletzung anderer Organe, 2 Fälle, wo perforirende gerissene Bauchwunden hinzu kamen, und 3 ungenau beschriebene Fälle von Milzruptur. Dann kommen Schussverletzungen der Milz: 2 nicht komplicirte, 8 komplicirte. Endlich Stich-Schnittwunden: 1 unkomplicirte und 2 komplicirte. Ausführlich werden das Krankheitsbild und die Behandlungsmethoden geschildert; angezeigt ist, natürlich, möglichst frühzeitige Laparotomie. Zum Schlusse kommen 15 Thierexperimente — Stillung der Blutung aus Milzwunden durch Naht und Hitze. Das beigefügte Litteraturverzeichnis bringt 97 Nummern. In einer Anmerkung wird ein von Zeidler mit gutem Erfolge operirter Fall von traumatischer Blutcyste der Milz (nach Schlag entstanden) mitgetheilt.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

46) M. L. Harris und M. Herzog. Über Splenektomie bei Splénomegalie primitive (Anaemia splenica).

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 567.)

Verff. berichten über 2 in der Chicagoer Poliklinik mit Erfolg bei Splénomegalie primitive vorgenommene Milzexstirpationen. In Fall 1 handelt es sich um ein 22jähriges Fräulein, deren Milzschwellung schon im 13. und 14. Lebensjahre gefunden war, und welche wiederholt an Magenblutung gelitten hatte. Ihre Haut war bräunlich pigmentirt, der Blutbefund bestand in Herabsetzung des Hämoglobingehaltes (40%), während echte Leukämie so wie Malariaparasiten fehlten. Die Heilung der Operation verlief ohne Zwischenfall, doch bei febrilen Temperaturen (Angaben nach Fahrenheit). Nach derselben »außerordentlich starke Zunahme an Blutkörpern, rothen sowohl als weißen«. Nach 6 Monaten große Abnahme an Erythrocyten und endliche Rückkehr der Leukocyten zu normaler Zahl. Starke Gewichtszunahme, binnen 3 Monaten um 25 Pfund. Das Blutbrechen kehrte nach 4 Monaten noch 1mal wieder, veranlasste aber keine längere Erkrankung. Die letzte Untersuchung, 20 Monate nach der Operation, zeigte Pat. etwas blass, sonst aber blühend und gesund, die bräunliche Pigmentirung fast geschwunden. — Fall 2, ein 47jähriger Handlungsreisender hatte binnen 9 Monaten vor dem Spitalseintritt unter Übelkeit, Leibschmerzen, Appetiteinbuße 30—40 Pfund verloren. Große Schwäche, Milzschwellung. Blutbefund ähnlich wie in Fall 1. Die Splenektomie heilte glatt. Eine wesentliche Blutbefundsänderung danach wurde im

Spitale nicht nachgewiesen, doch verließ Pat. dasselbe mit 15 Pfund Gewichtsgewinn am 25. Oktober 1900 und ist »seitdem«, Nachrichten zufolge, gesund und berufsfähig.

Verff. erläutern diese Fälle dahin, dass eine primäre Milzerkrankung die Blutbeschaffenheit geändert habe. Die anatomisch-histologische Milzuntersuchung ergab eine wesentliche Vermehrung der Lymphendothelien. Nimmt man an, dass diese Zellen erythrolytisch, blutkörperchenzerstörend wirken, so erhält man eine Aufklärung, warum in solchen Fällen die Splenektomie heilsam sein kann. Verff. stützen sich bei dieser Theorie, die in Deutschland im Allgemeinen wohl noch fremdartig berühren dürfte (Ref.), auf eine Reihe neuerer litterarischer Arbeiten (18), größtentheils ausländischen Ursprunges. Sie zählen bereits 17 Splenektomien bei Anaemia splenica auf, von denen nur 4 tödlich endeten.

Eine makroskopische und 4 mikroskopische Abbildungen der Milzpräparate sind beigefügt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

47) **N. N. Michailow.** Ein Fall von Leberneuralgie, die Cholelithiasis simulirte.

(Klinisches Journal 1901. No. 1. [Russisch.])

Eine 19jährige nervöse und hysterische Frau erkrankte im Beginne der ersten Schwangerschaft an Gelenkschmerzen, die erst für rheumatische gehalten wurden; dann traten Schmerzen in der Lebergegend auf, die alle typischen Symptome der Gallensteinkoliken aufwiesen. Da alle inneren Mittel erfolglos blieben, wurde die Laparotomie gemacht, doch Leber und Gallenblase normal gefunden; auf jeden Fall wurde letztere in die Wunde genäht. Heilung mit Nahteiterung. Die Schmerzen in der Lebergegend waren sofort nach der Operation verschwunden. Die richtige Diagnose wurde erst später gestellt.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

48) **A. Müller** (Wetzikow). Über einen ungewöhnlichen Verlauf nach Gallenblasenoperation.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1901. No. 9.)

Verf. operirte eine Frau mit einer riesigen Geschwulst, die er als Hydrops der Gallenblase auffasste, nachdem Pat. wiederholt schwere Koliken durchgemacht hatte. Er stieß auf eine mit den Nachbarorganen vielfach verwachsene, enorm dilatirte Gallenblase und nähte ihre Vorderwand in die Bauchdecken ein. Am folgenden Tage trat heftiges Erbrechen galliger Massen, eine völlige Entleerung des riesigen Gallenblasensackes und gallig gefärbter Stuhl ein. Es blieb fraglich, ob die bei der Laparotomie bewirkte Verlagerung der Geschwulst eine Knickung des Gallenblasenhalses beseitigt hatte, oder welcher andere Umstand den Rückgang der Gallenstauung zur Folge gehabt hatte. Die Frau genas, indem sich die Bauchwunde durch Granulationen glatt schloss. **P. Stolper** (Breslau).

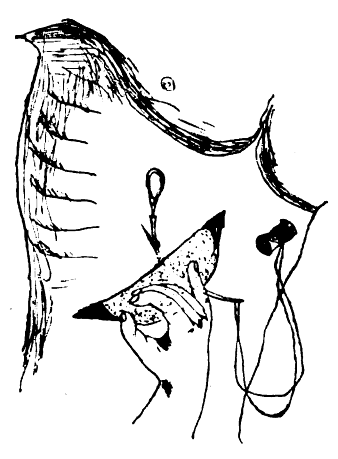
49) **Chapot-Prévost** (Rio de Janeiro). Un nouveau procédé de résection du foie.

(Arch. prov. de chir. 1901. No. 4.)

Bei einer Doppelmissbildung, einem Thoracoxiphopagen, dem Schwesternpaar Rosalina-Maria, machte ein junger Chirurg den Versuch der Trennung beider Individuen, weil das Röntgenbild annehmen ließ, dass nur der Schwertfortsatz und die äußeren Weichtheile die verbindende Brücke bildeten. Bei der Operation stellte sich heraus, dass man sich getäuscht hatte: eine breite Leberbrücke verband die beiden Geschwister auch innerlich. Unter diesen Umständen stand der Operateur von der Trennung ab wegen der Gefahr der Verblutung aus der Leber. Die Operation hatte keine nachtheiligen Folgen. Eine spätere Röntgenphotographie ließ übrigens deutlich die Verlöthung der beiden Leberorgane erkennen.



C.-P. ersann nun eine neue Methode für die Blutstillung größerer Leberwunden und erprobte sie an 8 Hunden, einem Ziegenbocke und an 2 menschlichen Leichen. Diese Experimente ließen mit Sicherheit einen Erfolg erwarten auch an den Doppelmenschen. Verf. schildert sie mit sehr anschaulichen Abbildungen. Sie besteht im Wesentlichen darin, dass er eine Gazerolle an einem Doppelfaden befestigt, den er mittels sichelförmig gekrümmten Trokars durch die Bauchdecke, die in die Laparotomiewunde vorgezogene Leber und weiterhin durch die Rippenwand im Bereiche des rechten unteren Rippenbogens hindurchzieht. Er sticht also den Trokar durch die Brustwand, dann durch die Leber, schließlich durch die Bauchwand und nimmt in das Nadelöhr an der Spitze des Trokars die Fäden auf, um sie zurückzuziehen. 2 solche starke Doppelfäden genügen, um die Leber an das vernähte Peritoneum der Bauchwand heranzuziehen und die Blutstillung zu bewirken. Die Hautwunde wurde vollständig geschlossen. Der eine Theil des Doppelgebildes, Rosalina, überstand die Operation glücklich. Maria, die andere, aber starb am 6. Tage nach der Operation an Pleuritis; es war auch die Pleura eröffnet worden. Die Obduktion lehrte indess, dass auch hier diese Methode der Blutstillung der Leberwunde vollauf ihre Schuldigkeit gethan hatte, obwohl 3 große Gefäße in der Schnittfläche der durchtrennten Leberbrücke lagen.



P. Stolper (Breslau).

50) **Grandmaison. Périgastrite et cancer de la tête du pancréas ayant simulé un épithélioma de l'estomac.**

(Méd. moderne 1901. No. 11.)

Der 62jährige Mann erkrankte im März 1900 mit leichtem Ikterus ohne sonstige Beschwerden. Im Mai bekam er häufiges und langdauerndes Erbrechen, ohne Schmerz in der Magengegend, stets lange nach dem Essen, nur Speisen herausbefördernd. Rapide Abmagerung.

Er ist sehr abgemagert und hochgradig kachektisch, Haut, Sclerae und die Unterfläche der Zunge ausgesprochen ikterisch. Nur kleine Mengen Milch werden genommen. Kein Erbrechen. Stuhl thonfarbig. Leber sehr vergrößert, aber weich und ohne Resistenzen; Gallenblase nicht zu fühlen. Im druckempfindlichen Epigastrium ist eine über 5Frankstückgroße Dämpfung und eine höckerige, unregelmäßige Geschwulst oberflächlich zu fühlen. Supraclaviculardrüsen nicht vergrößert. Im Urin etwas Eiweiß.

Diagnose: Carcinoma ventriculi.

Seit 6. August unstillbare, bald blutige Durchfälle. Tod am 2. September 1900.

Die Obduktion ergiebt überraschenderweise, abgesehen von einem alten, vernarbten Magengeschwüre und starken perigastritischen Adhäsionen, keine Spur von Veränderung am Magen, dagegen ein großes, weiches Carcinom des Pankreaskopfes mit Metastasen der regionären Drüsen. Leber und Milz vergrößert, aber beide frei von Metastasen.

Die Stellung einer richtigen Diagnose war nach G.'s Ansicht in diesem Falle unmöglich. **R. v. Hippel** (Kassel).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 36. **Sonnabend, den 7. September.** **1901.**

(Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Palermo.
Direktor: Prof. Dr. J. Tansini.)

Über die Verwendung des Golddrahtes und einiger neuer Instrumente bei der Radikaloperation der Hernien.

Von
Dr. G. de Francisco,
Assistenzarzt.

Im vergangenen Jahre habe ich im Centralblatt für Chirurgie No. 7 und in der Deutschen med. Wochenschr. No. 31 die neue Naht besprochen, die Prof. Tansini bei der Radikaloperation der Hernien anwendet, und dabei auf die überaus guten Resultate, die mit dieser neuen Methode in 50 Fällen erzielt worden, aufmerksam gemacht. In allen 50 Fällen wurde vollständige Heilung per primam ohne irgend welche Störung erreicht, und verließen die Pat. nach 14 Tagen das Bett, ohne dass sich im Verlaufe der Zeit Eiterung oder ein Recidiv

bemerkbar gemacht hätte. Der Draht bleibt bei dieser Methode dauernd in der Wunde und verhindert eben dadurch einen Rückfall. Die Menge des verwandten Goldes ist nur eine geringe und dem entsprechend der Preis. Seit der Zeit jener Veröffentlichungen ist die Zahl der so in der Klinik behandelten Unterleibsbrüche auf 120 gestiegen, und sie haben alle das gleich gute Resultat ergeben.

Gleichzeitig aber hat sich Prof. Tansini weiter bemüht, jede auch geringste Infektionsmöglichkeit bei der Operation zu vermeiden, sie

Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

mit einer geradezu idealen Asepsis auszuführen. Da weder die genaueste Reinigung der Hände, noch der Gebrauch von Handschuhen solche garantiren können, hat er daher sei tAnfang v. J.

erreicht, unter Verwendung besonderer Instrumente die Berührung der Wunde nicht nur durch die Hände der Assistenten mehr und mehr zu vermindern, ja ganz zu vermeiden, sondern dies auch dem Operateur selbst ermöglicht, indem er für die Operation der Hernien verschiedene Instrumente hat konstruiren lassen, welche gestatten, dieselbe mit Hilfe nur eines Assistenten und ohne Berührung der Wunde durch die Finger auszuführen. So wird der Samenstrang nicht mehr einem Assistenten anvertraut, sondern durch einen Haken (Fig. 1 in halber natürlicher Größe) gepackt und durch dessen Gewicht (146 g) in der für die Bassini'sche Operation nöthigen Entfernung vom Operationsfelde gehalten. Die Ränder der Aponeurose des Obliquus externus, die den gewöhnlichen Haken oder den Fingern der Assistenten entschlüpften und zuweilen irrthümlich von der Nadel des Operateurs angespießt wurden, werden jetzt durch zwei specielle Haken (Fig. 2, halbe natürliche Größe), die ihrerseits durch die Biegung des Schaftes und durch ihr eigenes Gewicht (250 g) ganz von selbst funktioniren, aus einander gehalten und gut beschützt.

Ein in Fig. 3 (halbe natürliche Größe) wiedergegebener Spatel endlich dient zum Herunterdrücken der unteren Partien und verhindert, dass dieselben von der Nadel verletzt werden, während er gleichzeitig dieser das Erfassen des Poupart'schen Bandes erleichtert. Die Hand des Assistenten, die den Spatel halten muss, wird durch dessen Länge und die Form seines Griffes weit genug vom Operationsfelde abgehalten, so dass jegliche Berührung wegfällt.

Diese Instrumente verwendet also Prof. Tansini seit dem verflossenen Jahre und ist mit ihnen so zufrieden, dass er sie bestens empfiehlt; sie schließen die Berührung der Wunde durch die Hände der Assistenten aus, vermindern die Zahl der letzteren und ermöglichen im Nothfalle selbst die Zuhilfenahme eines beliebigen, gerade anwesenden Arztes; sie erleichtern die Operation und tragen dazu bei, diese in kürzerer Zeit und zuverlässiger auszuführen.

Die gleiche Idee kann auch bei allen anderen Operationen Anwendung finden, und folgt in der That Prof. Tansini schon seit längerer Zeit diesem Grundsatze, wie dies auch von Prof. König (Berlin) seit dem vorigen Jahre empfohlen und geübt wird.

Wie bereits gesagt, sind jetzt 120 auf einander folgende Fälle mit den vorerwähnten Instrumenten unter Verwendung des Golddrahtes behandelt worden, ohne dass auch nur in einem einzigen derselben, sei es unmittelbar, sei es später, Eiterung oder ein Recidiv beobachtet wäre.

---

1) E. Ponfick. Topographischer Atlas der medicinisch-chirurgischen Diagnostik. 1. Lieferung.

Jena, Gustav Fischer, 1901.

Vor mehr als 50 Jahren hat Pirogoff seinen großartigen topographisch-anatomischen Atlas herausgegeben, der wesentlich aus Durchschnitten gefrorener menschlicher Körper bestand und normale wie pathologische Befunde in sich schloss, die durch Kupfertafeln wiedergegeben waren. Der Atlas hat bei uns keine große Verbreitung gefunden und ist längst vergriffen. An seine Stelle tritt jetzt der neue, kolorirte Atlas P.'s, der, auch aus Durchschnitten gefrorener Leichen bestehend, nur pathologische Zustände wiedergiebt, diese aber wesentlich in Rücksicht auf die Lageveränderung, welche ein Krankheitsprocess in dem befallenen Organ, wie in seiner näheren und ferneren Umgebung hervorruft. Verf. hat die Absicht, dem jungen Diagnostiker und dem angehenden Operateur eine Folge von Blättern in die Hand zu geben, von denen ihm jedes einzelne als Richtschnur für eine Krankheit, oft gleichzeitig für mehrere dienen kann dadurch, dass es sich als unmittelbares Vergleichsobjekt verwerthen lässt. Es handelt sich bei der Auswahl der dargestellten Krankheitsfälle auch nicht um Curiosa, sondern um eine Wiedergabe typischer Dislokationen, wie sie dem Arzte bei den verbreitetsten Leiden oft vor Augen kommen. Die meisten Abbildungen sind in der Größe des Originals, nur einige in $^2/_3$-Größe wiedergegeben, um so ihre Benutzung bei analogen Fällen des Lebens besonders zu erleichtern.

Es ist beabsichtigt, den Atlas in 5 Lieferungen zu je 6 Tafeln erscheinen zu lassen (die Lieferung zu 12 ℳ), deren jeder ein Deckblatt beigegeben ist, das eine detaillirte Figurenerklärung in lateinischer Sprache bringt, während die Tafeln selbst nur die farbige Nachbildung des Originals darstellen. Außerdem ist jeder Tafel eine ausführliche Darstellung des Verlaufes der dargestellten Krankheit, so wie des allgemeinen und örtlichen Leichenbefundes in deutscher, englischer und französischer Sprache beigegeben.

Hochinteressant ist gleich die erste Tafel, die auf einem Frontalschnitt die gewaltigen Verschiebungen darstellt, welche alle Organe der Herz- und Bauchhöhle bei Pneumothorax erleiden. Auf der zweiten Tafel — Horizontalschnitt durch den unteren Theil des Brustkorbes bei rekurrirender Endokarditis — treten als ganz besonders auffallend die durch allgemeinen Hydrops zu 2—3 cm breiten sulzig-gallertigen Schichten aufgeschwollenen alten pleuritischen Schwarten ins Auge, in denen sich hier und da cystenartige flüssigkeitsgefüllte Räume finden, an Stellen, wo es nicht zu Verwachsungen zwischen den Pleurablättern gekommen war. Tafel 3 giebt den medianen Sagittalschnitt durch Bauch- und Beckenorgane bei Colloidkrebs des Bauchfells, wobei letzteres in mehr oder weniger dicke, höckrige Platten

umgewandelt, die Bauchhöhle aber durch Flüssigkeit stark ausgedehnt erscheint, die zum größten Theile hinter der vorderen Bauchwand angesammelt ist, vielfach aber auch in unregelmäßigen Hohlräumen und Spalten mit isthmusartigen und mannigfach verschlungenen Zugängen sich befindet, die zwischen den Vorsprüngen und Wülsten der Därme und der verdickten Netzplatten bestehen. Tafel 4 giebt das Bild einer Cirrhosis hepatis mit ihren Folgen, Tafel 5 einen Horizontalschnitt durch die Oberbauchgegend bei Krebs des Magens und der epigastrischen und extraperitonealen Lymphdrüsen, Tafel 6 endlich einen Horizontal- und einen lateralen Sagittalschnitt durch Schädel und Gehirn bei einem Abscess der rechten Schläfengegend.

Dieses Doppelbild erweckt den Wunsch, es möchten auch bei den folgenden Tafeln solche Schnitte in verschiedenen Körperebenen häufiger zur Abbildung kommen, weil damit die topographischen Verhältnisse doch weit vollständiger klar gelegt werden, als bei Berücksichtigung von nur 2 Dimensionen. Doch dürfen wir für das Gegebene dankbar sein und wollen nur hinzufügen, dass die Ausführung der Originale durch Dr. Loeschmann und deren Wiedergabe durch die Fischer'sche Verlagsanstalt hohen Ansprüchen voll genügen.

Die 2. Lieferung soll in kürzester Zeit erscheinen.

Richter (Breslau).

---

2) **C. v. Leyden** und **F. Klemperer.** Die deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts; in akademischen Vorlesungen. Liefg. 4—12.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1901. Mit Illustrationen und Tafeln.

Auf meine erste kurze Besprechung der hier erscheinenden Sammlung von Vorträgen hinweisend, füge ich derselben hinzu, dass in den neu erschienenen Lieferungen sich eine Anzahl hoch interessanter Artikel aus dem gesammten Gebiete der klinischen Medicin befinden, mit Ausnahme allerdings der Chirurgie, aus der indess auch Arbeiten in baldige Aussicht gestellt sind. Es ist hervorzuheben, dass namentlich der Therapie alle Aufmerksamkeit geschenkt ist.

Richter (Breslau).

---

3) **Sajous.** Annual and analytical cyclopaedia of practical medicine. Bd. IV—VI.

Philadelphia, New York, Chicago, 1899—1901.

Mit dem VI. Bande ist die amerikanische Encyklopädie zu Ende geführt. Dass dieselbe in Deutschland eine größere Verbreitung finden wird, ist kaum anzunehmen, da wir ähnliche Werke, aber von wissenschaftlicherem Werthe, in genügender Zahl besitzen.

Richter (Breslau).



4) **T. Kocher** und **F. de Quervain.** Encyklopädie der gesammten Chirurgie. Liefg. 2—9.

Leipzig, **F. C. W. Vogel,** 1901. Mit zahlreichen Abbildgn.

Die Encyklopädie, bis zum Stichwort Erysipelas stetig vorgeschritten, zeigt bei vollster Wissenschaftlichkeit vor Allem das Bestreben, dem Arzt genaue Anweisungen für sein praktisches Wirken zu geben. Es wird geleistet, was auf dem verhältnismäßig beschränkten Raum nur gewährt werden kann, und wird das vollendete Werk der deutschen Chirurgie Ehre machen. Die Abbildungen sind einfach, aber durchaus klar. **Richter** (Breslau).

---

5) **Le Dentu** et **Delbet.** Traité de chirurgie clinique et opératoire. Tome dixième.

Paris, **Baillière et fils,** 1901. 1334 S. 333 Abbildgn.

Dieser letzte in 2 Abtheilungen erschienene Band des seit 1896 im Erscheinen begriffenen Sammelwerkes beendigt die Krankheiten der männlichen Geschlechtstheile (Sebileau), behandelt die der weiblichen Genitalien (Pichevin, Schwartz, Le Dentu und Bonnet) und schließt ab mit einem Kapitel über die Chirurgie der Extremitäten (aus der Feder von Mauclaire), das sich hauptsächlich mit orthopädischen Erkrankungen beschäftigt. Ein alphabetisches Inhaltsverzeichnis über alle 10 Bände gestattet eine rasche Orientirung.

So besitzt jetzt Frankreich 2 große Chirurgien, die den modernen Stand dieser Wissenschaft repräsentiren und die, ihre Grenzen weiterziehend, als dies in Deutschland der Fall ist, die Augenheilkunde und das ganze Gebiet der Gynäkologie mit umschließen. Wie schon der Titel anzeigt, beschäftigt sich das eben abgeschlossene Werk auch ausführlicher als es sonst die Franzosen in ihren chirurgischen Lehrbüchern thun, mit der Operationslehre und ist somit von einer Vollständigkeit, die, bei der Güte der meisten Abschnitte, den Fleiß und die Tüchtigkeit unserer französischen Kollegen in das beste Licht stellt. **Richter** (Breslau).

---

6) **Bretz** (Indianopolis). A new method for coapting superficial incised wounds.

(St. Louis med. and surg. journ. 1901. März. p. 136.)

Die neue Nahtmethode besteht darin, dass man Heftpflasterstreifen etwas entfernt von den Wundrändern ihnen parallel an jeder Seite der Wunde auf die vorher desinficirte Haut klebt und dann Seidenfäden durch diese Streifen hindurchlegt, statt durch die Haut selbst. Die Vorzüge dieser Methode sollen bestehen in der schmerzlosen Anlegung, der Unmöglichkeit einer Nahteiterung, Fehlen der Stichmarken, Fortfall des Durchschneidens bei Absterben gequetschter Hautränder. Die Vereinigung soll eben so sicher erfolgen, als bei gewöhnlicher Naht. **Lühe** Königsberg i/Pr.).

---

7) **Bock** und **Hasenknopf.** Die Kriegschirurgen und Feldärzte Preußens und anderer deutschen Staaten in Zeit- und Lebensbildern. II. Theil. Kriegschirurgen und Feldärzte der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts (1795—1848). Mit einer Einleitung von Prof. Dr. Albert Köhler.

(Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens. Herausgegeben von der Medicinal-Abtheilung des Kgl. Preuß. Kriegsministeriums. Hft. 18. Mit 17 Portraits, 8 Abbildungen und 7 Tafeln.)

Berlin, **Aug. Hirschwald,** 1901.

Ein erfreuliches Zeichen in unserer rastlos vorwärts eilenden Zeit ist es, dass vielfach sich Ärzte finden, welche dem Studium der Vergangenheit ihr Auge zuwenden und sich bestreben, zu zeigen, dass es auch ehedem tüchtige Männer gab, auf deren Schultern wir heute stehen. Einem Theile dieser Männer ein Denkmal zu setzen, aere perennius, ist auch die Aufgabe dieser Arbeit, welche eine würdige Fortsetzung des 1899 erschienenen Heftes 13 der »Veröffentlichungen«: Kriegschirurgen und Feldärzte des 17. und 18. Jahrhunderts darstellt. Mit Dank erkennen wir das Verdienst der Medicinalabtheilung des Preuß. Kriegsministeriums an, welche diese Veröffentlichungen ermöglicht, mit Dank aber gedenken wir auch der unermüdlichen Mitarbeit des gerade in dieser Richtung so besonders thätigen A. Köhler.

Der einleitende Abschnitt giebt eine Übersicht über die Kriegsereignisse nach dem Tode Friedrichs des Großen, Bekleidung, Behandlung, Verpflegung der Soldaten bis zur Katastrophe 1806 und bespricht in einem weiteren Kapitel die ärztliche Wissenschaft am Ende des 18. Jahrhunderts. Wir erfahren, dass bei dem Kriegszuge nach Holland 1787 von preußischer Seite auf dem Rhein ein schwimmendes Lazarett zur Verwendung kam, und zwar auf Veranlassung des Herzogs Karl Wilhelm Ferdinand von Braunschweig, welches sich sehr gut bewährte. Dieses Lazarett bestand aus 8 Rheinschiffen, die als Lazarettschiffe eingerichtet waren, nebst 2 weiteren, welche das Personal und Material fortführten. Hospitalbaracken kamen schon 1794 in Frankfurt a/M. zur Behandlung von Typhuskranken zur Verwendung, später auch, 1807, in Königsberg i/Pr.; von deren Aussehen unterrichtet uns eine Zeichnung auf Tafel IV, woselbst auch noch ein Zelt aus dem Jahre 1786 abgebildet ist.

Der zweite Abschnitt ist der Betrachtung der Waffen, Wunden und Wundbehandlung gewidmet, und erfahren wir hier zahlreiche interessante Einzelheiten über die Ansichten der Zeit und ihrer großen Chirurgen hinsichtlich der einschlägigen Verhältnisse. Unter Anderem ersehen wir, dass das seit Ambroise Paré allgemein übliche primäre präventive Debridement, die Entspannung durch Incisionen, welchem noch Larrey und Dupuytren huldigten, von den deutschen Chirurgen, zumal v. Langenbeck und Rust, nach dem Vorgange von Baudens verlassen wurde. Auch die im Großen und

Ganzen noch heute geltenden Grundsätze hinsichtlich der Gefäßunterbindung am Orte der Verwundung und am Orte der Wahl wurden schon damals festgestellt. Auch die Tamponade, schon von Theden geübt, hat zahlreiche Anhänger, worunter auch Larrey zu nennen ist. Letzterem großen Chirurgen gebührt auch die Ehre, den schulgerechten Occlusivverband eingeführt zu haben. Die vielen Wundbalsame der älteren Zeit werden allseitig verlassen. Auch dürfen wir den von Rust geführten Krieg gegen die Charpie als einen Träger miasmatischer und kontagiöser Stoffe nicht vergessen. Der cirkulären Einwicklung sehen wir in Dupuytren bereits einen Gegner erstehen.

Diätbeschränkung und Antiphlogose, namentlich durch Aderlässe, kalte Umschläge spielen dagegen noch in unserem Zeitabschnitte eine große Rolle. Reinheit der Luft wird stets gewünscht.

Larrey, v. Langenbeck und Rust wenden den primären Schluss der Hiebwunden durch Naht und Heftpflaster an. Über die accidentellen Wundkrankheiten klären sich allmählich die Ansichten. Starke Meinungsverschiedenheiten herrschen über die Behandlung der Schädelwunden. Der von Pott und Bilguer bei Schädelwunden der Trepanation gegebenen ausgedehnten Verwundung, welcher auch Mursinna noch huldigt, ersteht in Desault ein Gegner, und den von ihm vertretenen Grundsätzen huldigt auch Larrey. Dieser will nur trepaniren bei 1) Eintreiben von Splittern nach innen, so dass Dura und Hirn verletzt sind, 2) oberflächlicher Einkeilung von Kugeln zwischen Splittern, 3) Vorhandensein eines umschriebenen Blutergusses. v. Langenbeck dehnte die Indikationen der Trepanation wieder mehr aus, ohne jedoch so weit zu gehen, wie Rust, der wieder ganz auf Pott zurückkommt. Die Technik der Operation wird besonders von v. Langenbeck ausgebildet.

Ausgiebige Aderlässe übt namentlich Hennen bei penetrirenden Brustwunden neben Erweiterung zu enger Hautöffnungen zum Entfernen von Fremdkörpern und Aufsuchen blutender Rippenschlagadern, deren Seltenheit aber allgemein angenommen wird. v. Langenbeck und Dupuytren benutzen Kugelzangen, verwerfen aber den Gebrauch von Sonden wegen der möglichen Verletzung der Lungen durch sie. Larrey übt bei diesen Wunden Verschluss mit Heftpflaster und Deckverband, wie auch bei Wunden des Herzens und Herzbeutels.

Auch die penetrirenden Bauchwunden erregen wenig Streit: Verschluss der Wunde (nach v. Langenbeck durch die blutige Naht unter Mitfassen des Bauchfelles), nach vorsichtigem Zurückbringen etwa vorgefallener Eingeweide, gilt allgemein als Grundsatz. Larrey verwirft die Naht, empfiehlt aber die von Lombard eingeführte Darmnaht besonders für Verwundungen durch scharfe Waffen und wendet die Kürschnernaht an. v. Langenbeck und Rust geben der Darmnaht größere Ausdehnung.

Hinsichtlich des Schussbruches der Glieder verwirft Larrey die Extension und tritt für einen inamoviblen Verband ein. Gefensterte, mit Harzmassen (Styrax) getränkte Leinenstücke werden aufgelegt, darüber ein Bausch Charpie und Kompressen, welche mit einer erhärtenden Mischung von Kampherspiritus oder Bleiwasser und Eiweiß getränkt sind, endlich Strohladen. Für ausgedehnte Anwendung der primären Amputation treten Gräfe, Dupuytren u. A. ein. Obwohl Malgaigne und Velpeau ihre Stimmen dagegen erheben, fordert noch Baudens für jeden Schussbruch des Oberschenkels die primäre Amputation.

Dasselbe gilt für die Gelenkwunden; auch hier folgte auf eine konservativere Strömung unter Larrey eine mehr zu primären Amputationen neigende Richtung des Deutschen Rust und des Franzosen Dupuytren, der bei der Belagerung von Antwerpen und während der Revolutionskämpfe wieder alle Schusswunden der Gelenke mit Amputation behandelte. Im Allgemeinen wird aber die absolute Nothwendigkeit der primären Amputation nach der Indikationsstellung Thomson's übereinstimmend angenommen: 1) wenn ein Glied abgeschossen ist; 2) wenn Knochen oder Gelenke zertrümmert sind; 3) wenn Weichtheile in großer Ausdehnung fortgerissen, Hauptgefäße und Nerven zerrissen und Knochen entblößt sind; 4) wenn durch eine matte Kugel ohne Hautzerreißung Knochen und Weichtheile heftig gequetscht und zerrissen sind, 5) wenn eine Hauptarterie zerrissen und der Knochen zerbrochen ist, 6) wenn Gelenke durchbohrt und die Knochenepiphysen zerschmettert sind.

Hinsichtlich der Operationstechnik erwarben sich v. Langenbeck und Gräfe hohe Verdienste. 1793 machte Goercke die erste Ellbogengelenkresektion wegen Schussverletzung.

Wenn wir so in unserer Zeitepoche die Kriegschirurgie einen außerordentlichen Aufschwung nehmen sehen, so bietet andererseits das Feld-Sanitätswesen leider ein weniger erfreuliches Bild. Doch knüpft sich auch da ein wesentlicher Fortschritt an die Namen Goercke, Gräfe u. A., nicht zu vergessen den umsichtigen Feldintendanten Ribbentrop, welcher mit Ersterem unausgesetzt bestrebt war, Verbesserungen ein- und durchzuführen. So sehen wir nicht nur überall Provinziallazarette erstehen, sondern begegnen auch der Organisation beweglicher — fliegender — Feldlazarette, welchen sich ferner 3 Haupt- und 1 Haupt-Reserve-Feld-Lazarett angliedern.

Am traurigsten sah es mit dem Rücktransporte der Verwundeten aus der Gefechtslinie nach den Verbandplätzen aus, welcher allgemein nur durch die Kameraden erfolgte und auf alle mögliche Art. Besondere Tragen hierzu wurden erst in der hier besprochenen Zeitperiode eingeführt. Goercke führte dazu noch besondere Krankentransportwagen ein, dagegen scheiterte sein mehrfach gemachter Vorschlag, besondere Krankenträger-Kompagnien aufzustellen, stets an dem Mangel an Geld.

Welche hohe Bedeutung der freiwilligen Privathilfe in den Freiheitskriegen zugewiesen war, wissen wir aus dem bekannten Werke Gurlt's; doch wird auch hier ihrer eingehend gedacht. Gleichzeitig gingen mit allen anderen organisatorischen Aufgaben auch die Bestrebungen Goercke's einher, den Stand der Militärärzte, ja der Ärzte überhaupt, zu heben, sowohl hinsichtlich ihres Bildungsstandes als auch ihres äußeren Ansehens.

Spärlich sind die statistischen Mittheilungen aus jener Zeit, doch wurden vom Juli 1813 bis zum März 1814 in preußischen Lazaretten behandelt 133965 Kranke und Verwundete, von denen 84805 geheilt wurden, 15748 starben; die Übrigen sind invalide geworden etc. Der 9. Mann ist gestorben, während Gräfe in den seiner Obhut anvertrauten Lazaretten nur 8% durch den Tod, 3% durch Invalidität verlor.

Die ungünstigen Erfahrungen der napoleonischen Kriege gaben dann später zu weiteren Verbesserungen des Feldsanitätswesens Veranlassung.

Treffliche Lebensbeschreibungen preußischer Feldärzte der Zeit: Mursinna's, Goercke's, Gräfe's und Rust's mit guten Abbildungen schließen die hochinteressante, der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie gewidmeten Schrift. Hoffentlich haben wir weitere ähnliche Veröffentlichungen aus der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts noch zu erwarten, so weit hier schon von Geschichte die Rede sein kann, also etwa einschließlich des Krieges 1870/71 oder bis zur Einführung der Antisepsis. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

Anmerkung. Den Verff. scheint eine kleine Arbeit v. Gräfe's aus dem Jahre 1827 unbekannt geblieben zu sein, die in doppelter Beziehung interessant ist: weil sie wohl den ersten Fall glücklicher Konservirung eines Fingers beschreibt, bei dem ein Schuss in der Gegend des ersten Interphalangealgelenkes Knochen und Weichtheile des rechten Zeigefingers so fortgenommen hatte, dass der Rest des Fingers nur noch an einer dünnen Hautbrücke — exkl. Beugesehne — hing, und weil dieser Schuss den 2. Sohn des Königs Friedrich Wilhelm III., den späteren Kaiser Wilhelm I. betraf. Derselbe hatte sich selbst aus unmittelbarer Nähe beim Laden eines Doppelgewehrs jene Wunde zugefügt. Die Heilung gelang so gut, dass der Prinz nach $4^1/_2$ Monaten mit dem um $^1/_2$ Zoll verkürzten Finger schon wieder Schreibversuche anstellen und nach etwa $^1/_2$ Jahre ihn beim Essen, Reiten, dem Gebrauch des Degens wieder voll benutzen konnte.

Richter (Breslau).

---

8) **H. Nimier** et **Ed. Laval.** Traitement des blessures de guerre.

Paris, **F. Alcan,** 1901. 522 S. Mit 52 Abbildungen.

Mit diesem Buche liegt wohl der Abschluss des in 5 Theilen erschienenen Werkes über Kriegschirurgie vor, dessen frühere Ab-

schnitte in diesem Blatte bald nach ihrem Erscheinen besprochen worden sind.

Die Autoren beginnen zunächst mit Feststellung der Verlustgrößen, welche in den letzten Kriegen die Truppen sowohl in Einzelkämpfen wie im Verlaufe des ganzen Feldzuges erlitten haben, um danach zu beurtheilen, wie großartig die Sanitätseinrichtungen und die ärztliche Hilfe zu berechnen sei, die eine Armee mit sich in das Feld führen muss, um den an sie zu stellenden Anforderungen annähernd genügen zu können. Sie behandeln dann die entsprechenden Einrichtungen in der französischen Armee mit häufigen Ausblicken auf die analogen Verhältnisse in Deutschland, namentlich so weit es sich um die Sanitätseinrichtungen der marschirenden und kämpfenden Armee handelt.

Was die von Seiten der Krankenträger zu leistende Hilfe betrifft, so wünschen Verff. diese mit Recht auf das Allernothwendigste eingeschränkt zu sehen; ihre Pflicht ist, die Verwundeten möglichst schnell und auf die schonendste Weise dem Arzte zuzuführen.

Auf dem Truppenverbandplatze ist antiseptisch, nicht aseptisch zu verbinden. Nicht aber soll man etwa einfache Wunden selbst mit Antisepticis ausspülen; diese sollen vielmehr unberührt bleiben, und höchstens in Fällen, bei denen der erste Verband als definitiver, tagelang liegenbleibender anzusehen ist, kann man bei mit einem Gazebausch bedeckter Wunde die Umgebung nach Möglichkeit zu reinigen versuchen; sonst soll man sich, nach Bestäubung der Wunde mit Jodoform, mit deren Bedeckung durch trockene Sublimatgaze und Ruhigstellung begnügen. Schwerverletzte sind schleunigst ohne alle weitere Eingriffe durch Deckverbände zum Transport auf den Hauptverbandplatz fertig zu machen. Dieser aber und die Feldlazarette erster Linie sollen schon hohen Ansprüchen an A- und Antiseptik entsprechen, so dass hier die Regeln der Friedenslazarette zur Ausführung gelangen können. Selbst die Spinalanästhesirung finden wir hier schon empfohlen.

Aus den specielleren therapeutischen Rathschlägen sei nur Einiges hervorgehoben. Primäre Blutungen, die spontan zum Stehen gekommen, soll man, wenn man die verletzte Arterie nicht ganz leicht erreichen kann, in jeder Beziehung in Ruhe lassen. Sekundäre Blutungen kommen ja nur noch selten zur Beobachtung; sie sind durch die häufigen Aneurysmen ersetzt. Auch bei Diaphysenschüssen ist im Allgemeinen Konservative zu beobachten; kommen Ostitis, Osteomyelitis, Eiterungen zur Entwicklung, so sind diese nach den allgemein gültigen Grundsätzen zu behandeln. Ist die Zerschmetterung der Diaphyse so gewaltig, dass sich die Verwundungsstelle anfühlt wie ein Sack voll Nüsse, so soll man wesentlich von der dann im Allgemeinen großen Ausschussöffnung her den Zerschmetterungsherd durchforschen, um danach zu bestimmen, ob man die erhaltende Behandlungsweise noch versuchen kann oder primär amputiren muss, was in jedem Einzelfalle wesentlich durch den Umfang der vor-

gefundenen Weichtheilverletzungen bestimmt wird. Entschließt man sich zur Konservative, so räume man die völlig freien Splitter aus, drainire und stelle das Glied durch Schienen fest. Der weitere Verlauf und die während desselben eintretenden Zwischenfälle unterliegen weiteren Betrachtungen, wobei die entsprechenden therapeutischen Maßnahmen ausführliche Besprechung finden. Doch wird dabei stets betont, der Kriegschirurg könne sich nicht an ganz bestimmte Regeln binden, müsse Eklektiker sein und jeden Einzelfall individuell behandeln.

Auch für die Gelenkschüsse gilt die Konservative als Regel; wo es sich dabei um umfangreiche Meta- und Epiphysenzerschmetterung handelt, da soll man wohl primär durch umfangreiche Schnitte die ganz freien Knochensplitter, auch das in das Gelenk ergossene Blut entfernen, ohne aber typische Resektionen auszuführen, danach trocken verbinden und das Glied ruhigstellen.

Man sieht, die kriegserfahrenen Verff. huldigen im Allgemeinen den therapeutischen Grundsätzen, wie sie auch bei uns für die Schussverletzungen im Kriege Gültigkeit haben. So auch bei den Schädelschüssen, bei denen — auch den perforirenden — sie mit primären operativen Eingriffen sehr zurückhaltend sind, sich wesentlich mit oberflächlicher Desinfektion und für diese etwa erforderlichen Maßnahmen begnügen, in der Idee, wo es nothwendig wird, später mit Hilfe der Skiaskopie zu Geschoss- oder Splitterextraktionen oder zur Eröffnung eines Gehirnabscesses zu schreiten. Aktiv möglichst früh operativ einzuschreiten kann man natürlich sich genöthigt sehen bei Verletzungen der Luftwege am Halse. Aber auch bei starken, intrathoracischen Blutungen rathen Verff. zu möglichst frühem operativem Vorgehen, um die Blutung durch lokale Tamponade wo möglich zum Stehen zu bringen, bezw. durch Herznaht. Eben so aktiv soll bei perforirenden Bauchschüssen verfahren werden. Die Verff. sind der Ansicht, es müsse das Geschick des Arztes und die fortschreitende Verbesserung der officiellen Sanitätseinrichtungen im Stande sein, all die anerkannten Schwierigkeiten, die dieser Indikation im Kriege entgegenstehen, siegreich zu überwinden.

Das Buch ist trefflich, frisch und präcis geschrieben von Kollegen, die Dienst und Leistungen des Feldarztes aus eigener Erfahrung kennen und dabei auf der Höhe der wissenschaftlichen Ausbildung stehen. Es sei dasselbe zum Studium im Original bestens empfohlen.

Richter (Breslau).

---

9) **H. Fischer.** Leitfaden der kriegschirurgischen Operationen.

(Bibliothek v. Coler Bd. V.)

Berlin, **August Hirschwald,** 1901. 157 S. mit 56 Abbildungen.

Verf. ist der Ansicht, bei der Wundpflege im Felde solle jede auf subjektivem Ermessen beruhende Willkür durch bindende Instruktionen ausgeschlossen sein, und es sollten desshalb die Ärzte

schon im Frieden auf einfache und gesicherte Methoden derselben so eingeübt werden, dass sie in der erdrückenden Noth der Verbandplätze ohne Verzug und ohne Besinnen wissen, welche Hilfe und wie sie diese in jedem einzelnen Falle zu leisten haben. Dazu soll vorliegendes Buch das Material zusammentragen.

Auch der erste Satz des Buches selbst stellt in Aussicht, dass nur von den Aufgaben der Verbandplätze die Rede sein soll. Weiter heißt es hier: auf den Verbandplätzen sollen nur Nothoperationen — Tracheotomien, Unterbindungen, Amputationen und Exartikulationen, die nicht aufschiebbar sind — vorgenommen werden. Dann aber finden wir nicht nur diese, sondern auch die Resektionen, die plastischen Operationen im Gesicht und so manche andere Eingriffe abgehandelt, die auf dem Verbandplatze nie zur Anwendung gelangen, wie auch vom späteren Verlauf der Wunden und ihrer Komplikationen die Rede ist. Das bringt eine Unsicherheit in die Beurtheilung des ganzen Buches. Daneben sind einige Bezeichnungen, die Verf. anwendet, geeignet, zu fehlerhaften Eingriffen Anlass zu geben, so wenn er räth, die einfachen Schusswunden zu tamponiren, womit er, dem Gebrauche entgegen, das einfache Bedecken der Wunde mit Verbandmaterial verstanden wissen will.

Seit Jahrzehnten mit kriegschirurgischen Arbeiten beschäftigt, kennt Verf. ja die Anforderungen, die auch die neueste Zeit auf diesem Felde stellt, sicher nach allen Richtungen auf das Genaueste. Um so mehr ist es zu verwundern, dass so mancher therapeutische Rath hier niedergelegt ist, der zur Zeit nicht mehr gilt, mancher, der einem an anderer Stelle gegebenen widerspricht, mancher endlich, der überhaupt unausführbar ist; so dass dem Ref. der Gedanke kommt, das Buch habe rascher, als es beabsichtigt war, fertig werden müssen, so dass eine letzte Durcharbeitung desselben unterblieben sei. So allein lassen sich auch die leider zahlreich vorhandenen sinnentstellenden Druckfehler entschuldigen, deren schlimmster der mehrfach wiederholte Rath, zu Infusionen unter die Haut, zur Abspülung der Dura mater und zur Ausgießung der Peritonealhöhle 6%ige Kochsalzlösung zu benutzen. Auch die — übrigens sehr einfachen — Abbildungen zeigen derartiges, wie z. B. Fig. 49, wo bei der Beckenstütze die senkrechte Röhre nicht außen am Bein, sondern hinter diesem dem Damm anliegen muss.

Ref. hebt diese Mängel des Buches nur desshalb hervor, weil es ja dem Arzt für seine erdrückende Arbeit auf dem Verbandplatze ein absolut sicherer und genauer Führer sein soll. Das kann es in der That werden, wenn in einer 2. Auflage die Unvollkommenheiten beseitigt sein werden, die diese erste in sich birgt.

Richter (Breslau).

---

10) **Deelemann** (Dresden). Gewehröl und Panaritium. Eine militärärztliche Studie.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1901. Hft. 2.)

Für die Entstehung der gerade bei Soldaten ähnlich wie bei Köchinnen so überaus häufigen Panaritien hat man gewiss in erster Linie die an den Händen selbst haftenden Eitererreger verantwortlich zu machen, welche jeden kleinen oberflächlichen Substanzverlust benutzen, um in die Gewebe einzudringen. Allein es war schon mehrfach, so auch von Düms, auf die Möglichkeit aufmerksam gemacht, dass das zur Reinigung und Instandhaltung der Gewehre benutzte Gewehröl vielleicht selbst den Infektionsträger abgeben möge. In einer Anzahl Proben der von den Mannschaften benutzten Öle, welche bis zu 5 Monaten alt waren, vermochte D. nun Staphylococcus pyogenes aureus und albus in Reinkultur zu gewinnen, und erwiesen sich beim Thierversuche diese Kulturen höchst giftig. Besonders reich an bakterienhaltigem Bodensatze zeigten sich Proben, in denen sich dauernd ein Pinsel am durchlochten Pfropfen befunden hatte. Auch der Säuregehalt zeigte sich in den benutzten pflanzlichen Ölen nach längerem Zeitraume sehr hoch. Daher hält D. es nicht für ausgeschlossen, dass am Gewehr haftendes Öl. oder Waffenfett unter Umständen eine stärkere Zersetzung erleiden, und dass die dort freiwerdenden Fettsäurespuren zur Bildung eines Fermentes beitragen können, welches die Ausdehnung der Entzündungserreger bei gegebener Verletzung erleichtern mag. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

---

11) **Moingeard.** De l'hémostase en campagne; ses moyens; son emploi.

(Arch. de méd. et pharm. militaire 1901. Märzheft. p. 214; Aprilheft. p. 289 und Maiheft. p. 353.)

Die ausführliche Arbeit erstreckt sich auf primäre und sekundäre Blutungen der Kriegsverwundungen und benutzt die vorhandene Litteratur in ausgedehnter Weise. Schließlich kommt Verf. zu dem Schluss, dass im Gefecht die sofortige Blutstillung den Krankenträgern und Sanitätssoldaten zufallen muss. Der Vorschlag, diese in Ausübung der elastischen Umschnürung zu unterweisen, erscheint Verf. nicht gut durchführbar: 1) Sollten diese Sanitätsmannschaften nur Dinge handhaben, welche improvisirt werden können, 2) Gummigegenstände sind dem Verderben beim Aufbewahren sehr ausgesetzt, können mithin im Augenblick des Gebrauches leicht versagen, 3) diese Binden können nur an den Gliedmaßen angewendet werden, 4) da jede Binde zunächst nur einmal benutzt werden kann und mit dem Verwundeten zurückgeschafft wird, muss in den vorderen Linien schnell Mangel eintreten. Der hauptsächliche Fehler einer elastischen Umschnürung, welcher in fast demselben Grade aber auch der Benutzung der Aderpresse anhaftet, hat keine Erwähnung gefunden,

nämlich die dadurch bedingte venöse Blutstauung und aufgehobene arterielle Blutzufuhr, welche bei längerem Anhalten die höchsten Gefahren herbeiführen müssen. Daher sind beide sicher nur dann verwendbar, wenn ärztliche Hilfe voraussichtlich bald erreichbar ist, und das dürfte häufig nicht mit Sicherheit zutreffen. Auch liegt die Gefahr ja nahe, dass elastische oder unelastische Umschnürung von den Krankenträgern viel zu ausgedehnt verwendet werden wird, da diese eine mäßige Blutung von einer gefährlichen nicht werden unterscheiden lernen.

Verf. neigt daher dazu, die Krankenträger in der Ausübung der Digitalkompression am Orte der Wahl unterweisen zu lassen, zweifelt aber mit Recht nicht nur an der Möglichkeit länger andauernder guter Kompression auf dem Transport, sondern auch daran, ob die Krankenträger sich im Augenblick der Gefahr daran erinnern werden, dass man eine Blutung anderswo als in der Wunde selbst stillen könne, ein Zweifel, der uns nach unseren eigenen Erfahrungen weniger berechtigt erscheint als die oben geäußerte Furcht vor allzu weit gehender, zu häufiger Anwendung der Umschnürung.

Übrigens scheint nach den Erfahrungen der neuesten Kriege in Cuba und Südafrika die Gefahr der Verblutung aus Gliedmaßenverwundungen nicht allzu groß zu sein, und bei Zerreißungen großer Gefäßstämme des Rumpfes und der Körperhöhlen dürften die Aussichten für rechtzeitiges Eingreifen sachverständiger Hilfe überhaupt nur sehr gering sein. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

---

12) **Makins** (London). Surgical experiences in South Africa 1899/1900.

London, **Smith, Elder and Co.,** 1901. 493 S.

M. hat als konsultirender Chirurg auf dem westlichen Kriegsschauplatze in Südafrika vom 19. November 1899 bis 10. Juli 1900 nach dem Zeugnisse der deutschen Ärzte wohl mehr Verwundete zu sehen Gelegenheit gehabt, als die Übrigen, sogar MacCormac und Treves nicht ausgenommen, die zwar in derselben Stellung, aber nicht so lange Zeit hindurch wirkten. In dem vorliegenden Werke sind die bereits im vorigen Jahrgange des Centralblattes No. 21 und No. 28 besprochenen Aufsätze aus dem Brit. med. journ. gesammelt und erweitert, da dort namentlich nur die Weichtheilwunden besprochen waren. Doch ist der Vollständigkeit halber eine Wiederholung nicht zu vermeiden.

Die Sanitätseinrichtungen der englischen Armee vertheidigt M. gegen die theilweise gewiss übertriebenen Angriffe. Namentlich lobt er mit Recht die Aufopferung der Ärzte, doch gelingt es ihm weniger, die zweifellos dem Vorgehen der Armee nicht genügend folgenden Lazarette rein zu waschen. Er selbst muss zugeben, dass bei Magerfontain nicht genug Feldlazarette zur Stelle waren, dass die Abräumung des Schlachtfeldes durch die Krankenträger trotz der geringen

Zahlen der Verwundeten recht spät erfolgte, endlich dass die zur Ablösung der der Armee folgenden Feldlazarette bestimmten »stehenden Hospitäler« nicht beweglich genug waren, um ihrer Aufgabe rasch zu genügen. Dagegen scheinen die Lazarettzüge theilweise sehr früh, noch während der Gefechte, mit dem Rücktransport begonnen zu haben und nahe an das Gefechtsfeld herangeschoben zu sein.

Die Gesammtverluste betrugen von einer Kopfstärke von 12420 nur 1512 Mann = 12%; davon gefallen einschließlich der innerhalb 48 Stunden Gestorbenen 364, noch nicht 3%. Das sind Ziffern, die keineswegs die in der Ära des Großkalibers gewohnten irgendwie überschreiten, eben so ist auch das Verhältnis der Todten zu den Verwundeten, 1 : 4,8, keineswegs hoch. Die hauptsächliche Entfernung, aus der die Verwundung erfolgte, betrug 800—1000 Yards.

Der aseptische Wundverlauf bildete bei Weichtheilwunden die Regel, Dank der Trockenheit und Reinheit der Luft; selbst der oft sehr lästige Staub war frei von pathogenen Keimen. Ein weiterer Grund für den günstigen Verlauf ist die Enge der Schussröhren in Folge des geringen Kalibers der Geschosse. Doch gilt dies weniger von den vielfach auch von den Buren geführten Henry-Martiny-Gewehren. Die Wunden durch Mausergeschosse der Buren waren noch leichter als die durch das Lee-Metford-Gewehr der Engländer. Diese Kleinheit des Geschossdurchmessers und die größere Geschwindigkeit erklärt alle Unterschiede zwischen den Wunden durch moderne und denen durch alte Gewehre; ein weiterer wesentlicher Unterschied besteht nicht. Die engen Röhren fallen zusammen, bald ergossenes Sekret füllt den Kanal aus. Besonders ist dies am Einschusse der Fall, welcher meist rund und kleiner als das Kaliber ist, bei schrägem Aufschlagen des Geschosses auch oval. Dagegen ist der Hautausschuss oft schlitz-, zuweilen sternförmig, trichterförmig nach außen gestülpt, oft ist Fettgewebe hineingezogen, Bluterguss unter der Haut; hier kommt häufiger Eiterung vor, bleibt meist aber nur oberflächlich. Abbildungen entsprechender mikroskopischer Präparate erläutern diese Verhältnisse. Nur wo Knochen dicht unter der Haut liegt, ist die Einschussöffnung größer, oval, eben so wie auch bei Knochenverletzung die Ausschusswunde größer, unregelmäßig, oft stark zerrissen wird.

Kleiderfetzen sind selten in der Schussröhre vorhanden, die leichten Khakikleider hatten nur schlitzförmige Öffnungen. Dagegen fanden sich nicht selten Fetzen und Fäden der dicken Wollkleider der Hochländer (Kitt) mitgerissen, wodurch M. den häufigeren Eintritt von Eiterung bei diesen erklärt. Freilich wird an anderer Stelle auch das häufigere Vorkommen von Nahschüssen bei den Hochländern erwähnt, so dass die Vermuthung nahe liegt, dass hierdurch der häufigere Eintritt von Wundeiterung bei diesen tapferen Soldaten bedingt ist.

Das Geschoss selbst gilt M. als aseptisch, selbst wenn es eingefettet und mit Grünspan überzogen ist. Unregelmäßige Gestalt

der Hautwunden ist meist Folge von vorheriger Deformation des Geschosses durch Aufschlagen. Es werden stark deformirte Geschosse, abgerissene Mäntel u. dgl. abgebildet, meist auf dem Boden aufgesammelt. Dagegen hält M. den ausgedehnteren Gebrauch von Geschossen mit Hohlspitzen oder abgefeilten Spitzen nach seinen Erfahrungen für ausgeschlossen, obgleich in Patrontaschen der Buren auch solche Geschosse vorgefunden und gewiss ausnahmsweise angewendet worden sind, und zwar auf beiden Seiten, wie auch die deutschen Ärzte übereinstimmend bezeugen. Von dem Gebrauche explosiver Geschosse ist gar nicht die Rede; die explosionsartigen Zerstörungen, die nicht selten vorkamen, hatten andere Gründe, entstanden theilweise durch das schon erwähnte vorherige Aufschlagen der Geschosse, theilweise durch ausgedehnte Knochenzertrümmerung. Steckenbleiben der Geschosse ist selten.

Der unmittelbare allgemeine Chok der Verwundung war zuweilen erheblich, es kamen auch sogar psychische Störungen vor. Doch waren dies Ausnahmen; im Ganzen war er nicht hervortretend, blieb sogar bei bald tödtenden Eingeweidewunden zuweilen aus. Sehr ausgeprägt war dagegen der örtliche Chok, auch ohne Verletzung größerer Nervenstämme, bei Gliederwunden; die funktionelle Leistung war meist vollständig aufgehoben, und zwar für Stunden, ja Tage. Auf den Allgemeinchok wirkte ersichtlich die seelische Stimmung des Verwundeten; als dieselbe niedergedrückt war, trat mehr Chok auf, z. B. nach dem Gefechte von Magerfontain. Hierauf bezieht M. auch theilweise das ersichtlich häufigere Auftreten der Wundeiterung in den späteren Zeiten des Krieges, neben dem schlechteren Körperzustande der Soldaten, so wie dem anscheinend häufigeren Gebrauche größerer Geschosskaliber, namentlich des Henry-Martiny-Gewehrs bei den Buren.

Den aseptischen Zustand der Wunden zu erhalten ist Aufgabe der Ärzte; einfache Deckverbände nach vorheriger Säuberung der Wundumgebung mit antiseptischen, Sublimat- oder Karbollösungen erfüllen diesen Zweck. Undurchlässige Stoffe zur Bedeckung sind nicht zu verwenden, sie hindern die Austrocknung der Wunde, eben so wie es auch das Aufstreuen von Pulvern thut. Häufiger Verbandwechsel ist nicht rathsam, selbst wenn die äußeren Lagen des Verbandes schmutzig und übelriechend geworden sind, entfernt man nur diese und lässt die tieferen Schichten liegen. Primäre Wundnaht wurde zuweilen verwendet, nicht mit gutem Erfolge.

Während des Gefechtes durch Krankenträger Verwundete zurückschaffen zu lassen, widerräth M. wegen der Gefahr erneuter Verwundung des Kranken und des Trägers.

Das erwartete häufige Auftreten von primären Blutungen traf nicht ein, der Tod durch Blutung nach außen war nach dem übereinstimmenden Urtheile Aller, selbst der Ärzte der Krankenträgerkompagnien, auf dem Schlachtfelde selten; häufiger war die innere Blutung in die Körperhöhlen und in die Gewebe in der Nachbar-

schaft der Schussröhren, und zwar sowohl primär, als auch am 2. oder 3. Tage (rekurrent). Nicht selten war Arterienunterbindung nöthig. Sekundäre Blutung am 10. bis 14. Tage war auffallend selten bei einfachen Wunden, häufiger bei Wunden mit »explosivem« Charakter, und zwar keineswegs auf Fälle von Eiterung und Infektion beschränkt, offenbar meist bewirkt durch nachträgliches Absterben gequetschter Theile des Gefäßrohres, seltener durch Anstechen seitens Knochensplittern.

Als Behandlung der Primärblutung, meist aus der Ausschussöffnung, genügte gewöhnlich der geringe Druck des Deckverbandes; genügt dieser nicht, so ist die Unterbindung am Orte der Verletzung angezeigt. Da aber oft, zumal an Femoralis, Poplitea, Carotis, gleichzeitig auch die Vene unterbunden werden muss, ist Absterben der Glieder oder des Gehirns zu fürchten. Daher thut man besser, die Unterbindung thunlichst zu vermeiden und durch stärkeren Druck das Aufhören der Blutung zu erstreben, freilich auf die Gefahr hin, dass ein Aneurysma oder Varix sich bildet.

Auch bei der Sekundärblutung ist die Unterbindung am Orte der Verletzung angezeigt, falls der Verlauf aseptisch ist, sonst die Amputation; schlägt Beides fehl, unterbinde man am Orte der Wahl, wovon M. günstige Erfolge sah.

Auffallend war die Häufigkeit der Aneurysmen in allen Formen. Jeder junge Feldarzt sah deren eine ganze Anzahl, während Pirogoff noch 1864 erklärte, noch nie einen aneurysmatischen Varix gesehen zu haben. Stets ist auch hier die doppelte Unterbindung am Orte selbst am Platze; nur wo diese unmöglich oder erfolglos ist, tritt Unterbindung am Orte der Wahl ein.

Die Behandlung interstitieller Blutungen und Hämatome sei stets zunächst abwartend, später Entleerung.

Tritt Eiterung im Verlaufe der Schussröhre ein, so pflegt sie nicht deren Verlaufe zu folgen, sondern es bilden sich in der Regel abgesackte Eiterherde, die dann eröffnet werden müssen.

Auch die Verletzungen der Knochen, von denen eine große Zahl, auch nach Röntgenaufnahmen, abgebildet wird, sind im Ganzen durch Kleinkaliber nicht so ausgedehnt, als früher durch größeres Kaliber. Doch fällt M. ganz besonders das Nebeneinander einfacher Durchlochung und hochgradiger Zertrümmerung in den verschiedenen Fällen auf. Letztere ist mit starker Zerreißung der Weichtheile verbunden, trägt einen »explosiven« Charakter, und kommen große Ausschussöffnungen namentlich da vor, wo Haut unmittelbar auf Knochen aufliegt. Ferner war hervorstechend der starke örtliche Chok bei Schussbrüchen, häufiges Auftreten hochgradiger Längsfissuren, die Seltenheit der Querbrüche und das Aufhören der Längssprünge in der Nähe der Gelenkenden.

Als Grundform des Bruches am Knochenschafte gilt immer noch die Schmetterlingsform. Einfache Durchlochung sah M. am Oberschenkel- und Schienbeinschafte, dem Schlüsselbeine und anderwärts,

jedoch nur selten, meist wohl bei abnehmender Geschossgeschwindigkeit. Die Übereinstimmung mit der Sammlung von Knochenschüssen MacCormac's aus dem Kriege 1870/71 war ganz auffallend. An den platten Knochen und Gelenkenden war dagegen die einfache Durchlochung die Regel.

Im Gegensatze zu anderen Beobachtern hebt M. die langsame Heilung der Knochenbrüche hervor, zumal in den Fällen mit starkem örtlichen Chok. Oft war die Callusbildung stark, Sequesterbildung häufig, die oft erst spät, nach begonnenem Gebrauche des Gliedes und nach Schluss der Wunden auftrat. Fast stets kam es bei Knochenbrüchen zu Eiterung, eigentliche Pyämie war selten, tödliche Septhämie kam nur bei Schussbrüchen der Beine, nie der Arme vor.

Für die gewöhnlichen Fälle genügen einfache Deckverbände. Bei ausgedehnter Splitterung und großen Hautöffnungen sah M. gute Erfolge vom primären Debridement. Für Kontentivverbände hält M. Schienen aus Rohr für zweckmäßig. Häufiger Verbandwechsel und Transport sind nicht zu empfehlen. Primäre Amputationen waren selten nöthig, nur bei ausgedehnter Weichtheilverletzung. Intermediär sind sie zu unterlassen, sekundär nur bei Sepsis zu machen.

Verlauf und Art der Gelenkwunden war sehr günstig; oft waren die Knochen gar nicht verletzt, oft einfach durchlocht; war — selten — der Schaft auch verletzt, so war die Verletzung ernst, Resektionen wurden gar nicht gemacht.

Die Schädelbasisbrüche gaben nur dann Gelegenheit zu erfolgreichen Eingriffen, wenn das Dach der Augenhöhle und Nase verletzt war. Dagegen nöthigten Brüche des Schädeldaches oft zu primären Operationen, meist einfachem Debridement mit Erweiterung des Defektes, seltener, bei kleinen Öffnungen, zu typischer Trepanation, meist wohl entstanden durch Schuss aus großer Entfernung; hier lag oft Splitterung der Glastafel vor. Auch Spätoperationen wurden wegen späten Eintrittes von Reizungserscheinungen mit Glück ausgeführt. Plötzlichen Tod durch Hirnabscess hat M. nach seiner Rückkehr in die Heimath noch eintreten sehen, eben so traumatische Epilepsie, wovon er 1 Fall mit günstigem Erfolge operirte. Nach der Operation sei einfacher Verband und Ruhe anzuwenden, Transport zu vermeiden.

Gesichtswunden verliefen gut, eben so 3 Rachenwunden; 2 Wunden der Luftröhre führten trotz frühzeitiger Operation zum Tode. Bei Verletzungen der Wirbelsäule und des Rückenmarkes kann nur selten von operativen Erfolgen die Rede sein.

Nervenverletzungen, Erschütterung, Quetschung und Zerreißung waren zweifellos häufiger, als früher. Auch gab Druck des Narbengewebes nicht selten Veranlassung zu nervösen Störungen; häufig war Lähmung des M. radialis. Traumatische Neuritis, Neuritis ascendens und traumatische Neurosen wurden beobachtet.

Die engen Schussröhren in den Lungen schlossen sich sehr rasch, wohl Dank der Elasticität des Gewebes. Ganz unerwartet war der günstige Verlauf zahlreicher Bauchwunden, welche nach der anatomischen Lage als penetrirend angesehen werden mussten. Offenbar war häufig der Darm unverletzt geblieben. Aber selbst sichere Wunden des Magens und Dickdarmes geben eine gute Prognose, besonders Wunden des straff angehefteten Blinddarmes und aufsteigenden Darmes. Dagegen sah M. keine Genesung eintreten, wo sicher der Dünndarm verletzt war. M. ist daher gegen die Ausführung des Bauchschnittes, welcher keine günstigen Erfolge hatte, um so mehr, als ja die Diagnose der Verletzung einer Darmschlinge oder einer großen Drüse wenigstens anfänglich sehr unsicher, und die Ausführung der Operation unter den Feldverhältnissen nicht aseptisch ausführbar, gegenüber der Unsicherheit des Erfolges auch zu zeitraubend ist. Von 49 penetrirenden Bauchwunden gingen nur 15 in Tod aus, also nicht ganz 30%. Bei sicherer Darmverletzung fehlte nie die Ausbildung von Kothabscessen, auch nicht bei den in Genesung ausgegangenen Wunden. Doch war der Kothaustritt wohl sehr gering.

Die Verwundungen durch Splitter groben Geschosses bieten nichts Neues.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

13) H. Küttner. Das Vereinslazarett des Rothen Kreuzes auf dem chinesischen Kriegsschauplatze.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 2.)

K. schildert Anlage und Betrieb des von ihm geleiteten, aus 25 Gebäuden bestehenden Barackenlazaretts des Rothen Kreuzes zu Yangtsun. Die klimatischen Verhältnisse, noch dazu im fremden, durch Krieg und Noth heimgesuchten Lande, dem Centrum der Boxerbewegung, boten eine Reihe erheblicher Schwierigkeiten, die besondere Vorkehrungen erforderten. So musste das ganze, 5525 qm große Areal von Wall und Graben umgeben werden zur Sicherheit gegen etwaige Überfälle und Diebstähle, wie vor Allem zum Schutze gegen die heftigen Nordstürme Petschilis. Die Gebäude selbst wurden so angelegt, dass nur 3 derselben direkt den Nordstürmen ausgesetzt waren, während sich die übrigen gegenseitig schützten. Breite Straßen, 2 größere Plätze garantirten freien Zugang von Luft und Licht. Wind und wechselnde Temperaturen gestalteten auch die Heizungsfrage schwierig, um so mehr, als das an Ort und Stelle zu beschaffende Material, chinesische Öfen und japanische Kohle, sich als wenig brauchbar erwiesen. Dagegen leisteten die mitgebrachten Meidinger-Öfen, so wie eine Anzahl zur Ergänzung beschaffter amerikanischer Öfen gute Dienste.

Als besonders wichtig verdient hervorgehoben zu werden, dass K. auf relativ einfache und anscheinend sehr glückliche Weise die Frage gelöst hat, die Doecker'schen Baraken den klimatischen Verhältnissen anzupassen, da dieselben ohne besondere Vorkehrungen in dem sehr strengen Winter Chinas nicht verwendbar gewesen

wären. Jede Baracke wurde mit einer Winterverkleidung versehen, und zwar in der Weise, dass um die fertig aufgestellte Baracke ein selbständiges Bauwerk mit eigenem Dache ausgeführt und ein Fachwerk mit Rohr, Lehm und Häcksel nach chinesischer Methode gefüllt wurde. Zur Erzielung einer genügenden Fußbodenwärme wurden die Böden der Baracken mit einer Pappschicht und darüber mit Linoleum bedeckt, dann der Luftraum unter den Böden durch eine doppelte Wand abgeschlossen. In weiteren Ausführungen werden Eintheilung und Einrichtung der Gebäude, die Brunnen- und Abfuhranlagen, endlich der Hospitaldienst erläutert. Die Krankenzahl betrug vom 15. November bis 31. December 344 Kranke, und zwar 222 ambulante, 122 stationär behandelte. Von letzteren war etwa $^1/_3$ chirurgisch, $^2/_3$ innerlich erkrankt. Unter den chirurgischen Fällen rangirten an erster Stelle Frakturen und Luxationen, an zweiter Schuss- und Hiebverletzungen. Unter den inneren Affektionen spielte der Typhus mit 38% die größte Rolle. **Honsell** (Tübingen).

Kleinere Mittheilungen.

14) **N. Senn** (Chicago). Medico-surgical aspects of the Spanish-American war.

(Chicago amer. med. assoc. press 1900. p. 379.)

S. hat als Chefarzt der amerikanischen Freiwilligen-Armee nicht nur die ersten Mobilmachungsarbeiten mitzumachen gehabt, sondern war später als chief of operating staff bei der Feldarmee, also in der Stellung eines konsultirenden Chirurgen mit dem Hospitalschiff »Relief« alsbald nach der Hauptschlacht bei Santiago an Ort und Stelle thätig. Dann finden wir ihn in Portorico wieder und endlich nach der Rückkehr der Truppen im Lager von Wikoff im Staate New York, in welchem nicht nur die zurückgekehrten Truppen gesammelt wurden, sondern auch ein großes Lazarett für die zahlreichen Kranken eingerichtet werden musste. S. erhielt dort die Behandlung der äußerlich Kranken, deren Zahl schließlich bis auf 75 gleichzeitig Behandelte stieg. In allen diesen verschiedenen Stellungen konnte S. reiche Erfahrungen sammeln, von denen uns hier hauptsächlich die im Felde selbst erworbenen zu beschäftigen haben.

Bei der Ankunft der »Relief« am 7. Juli fand man große Schwierigkeiten für die Ausschiffung, da das Meer tief, die Küste frei war und ein steifer Wind herrschte. Diese Umstände hatten die Hilfsleitung auch des schon vorher angelangten Hospitalschiffes »Curette« außerordentlich erschwert, und hatten die nothwendigen Utensilien für die Behandlung der Verwundeten bei dem gänzlichen Mangel an vorgesehenen Vorrichtungen zur Ausschiffung nur höchst mangelhaft an Land gebracht werden können. Es ist dies wohl der größte Fehler, der für die Krankenpflege gemacht werden konnte. Übrigens ist an anderer Stelle aus den Berichten der medicinischen Journale festgestellt, dass überhaupt ein großer Theil der Sanitätseinrichtungen bei der Einschiffung der Truppen in Florida zurückgelassen worden war: eine große Unterlassungssünde. An der Küste waren größere Lazarette eingerichtet, z. B. zu Siboney unter der Leitung des Majors La Garde, und war mit den beschränkten Hilfsmitteln Vorzügliches geleistet. 301 Verwundete waren bereits an Bord des Transportschiffes »City of Washington« geschafft und sollten die Heimreise antreten; weitere an Bord der »Olivette«. Etwa 400 Verwundete befanden sich noch im Lazarett; innerhalb der seit der Schlacht vergangenen 4 Tage waren gegen 1000 Verwundete durch das Lazarett gegangen. S.

fand die Verwundeten in gutem Zustande, die Behandlung war durchaus konservativ, nur sehr wenig primäre Amputationen waren gemacht. Steckengebliebene Geschosse waren nur dann entfernt worden, wenn dies leicht gelang. Eine Anzahl Pat. mit penetrirenden Brust- und Bauchwunden befanden sich ohne Eingriff wohl. Bei penetrirenden Schädelwunden waren die Einschussöffnungen erweitert, die Splitter entfernt und drainirt. Oberflächliche Hirnverletzungen verliefen günstig, Gelenkwunden unter konservativer Behandlung eben so. Die Chirurgen waren darin einig, dass man die explosive Wirkung der Geschosse auf die Knochen stark überschätzt habe. Bei Weichtheilwunden war aseptischer Wundverlauf die Regel.

Bei weiterem Vorgehen fand S. im Hauptquartier des kommandirenden Generals ein Hauptlazarett mit 68 verwundeten Officieren und Soldaten, in welchem S. eine Amputation des Oberschenkels wegen Gangrän nach Zerreißung der Art. poplitea ausführte. Auch hier war günstiger Verlauf der Brust- und Bauchwunden ohne Eingriff die Regel, während nach 4 Laparotomien der Tod eingetreten war.

Weitere Beobachtungen bestätigten die erwähnten Thatsachen. Wenn bei Weichtheilwunden doch zuweilen Eiterung eintrat, so war dies überwiegend an den Austrittswunden der Fall, welche meist stärker zerrissen und größer waren, offenbar in Folge einer Kontaktinfektion von außen. Diese war durch ungenügendes oder falsches Anlegen des ersten Verbandes, so wie durch zu häufigen Wechsel des Verbandes ermöglicht worden. Der erste Verband ist nach S. entscheidend für das Geschick des Verwundeten, und er sieht den Grund für den häufig aseptischen Heilungsverlauf in der frühzeitigen Anlegung der ersten einfachen Deckverbände: »First-aid-package« durch Ärzte, Sanitätsmannschaften und Kameraden. Mit solchen Verbandpäckchen war die Armee reichlich ausgestattet, jeder Soldat trug eines an seinem Patronengürtel befestigt.

Auch eine große Zahl der Schussbrüche soll nach S. ohne Eiterung geheilt sein, was den Beobachtungen Makins' in Südafrika nicht entspricht, da dieser Chirurg bei fast allen Schussbrüchen Eiterung eintreten sah. Sucht man nun diesen Widerspruch zu lösen, so muss man die verschiedenen Verhältnisse beider Feldzüge in Betracht ziehen. Als wesentlichen Unterschied findet man dann die Verschiedenheit der Transportverhältnisse, die nach des Ref. Ansicht vollkommen hinreicht, jenen scheinbaren Widerspruch zu lösen. In Cuba war nur ein kurzer Landtransport von wenigen Kilometern nöthig, bis die Verwundeten in die Hauptlazarette an der Küste und von dort auf die Transportschiffe geschafft werden konnten. Waren dabei auch zunächst die Unterkunftsverhältnisse in jenen Lazaretten nicht sehr schön, so war doch durch die Nähe des Hafens die baldige Zufuhr von allem Nöthigen und der Abtransport auf den gut eingerichteten Schiffen gesichert. Ganz anders in Südafrika. Hier war die erste Unterkunft der Verwundeten sicher nicht günstig, die Feldlazarette hatten dem raschen Vorgehen der Armee nicht genügend folgen können, und die Räumung des Schlachtfeldes scheint nur langsam vor sich gegangen zu sein. Endlich — und das ist vielleicht die Hauptsache — mussten weite Transporte der Verwundeten nach den Haupt- und den Basis-Hospitälern stattfinden. Ref. glaubt hier eine Bestätigung des Habart-schen Satzes: »der erste Transport entscheidet über das Geschick des Verwundeten« zu finden.

Beiden Kriegen aber ist schließlich doch ein großer Vortheil für Verwundete und Kranke gemeinsam: die verhältnismäßige Kleinheit der Verluste gegenüber der hohen Bevölkerungsziffer und den zur Verfügung stehenden riesigen Mitteln der reichen Mutterländer. In der Schlacht von Santiago fielen auf Seite der Vereinigten Staaten nur 157 Leute, etwa 1300 wurden verwundet, ein sehr günstiges Verhältnis. S. giebt zahlreiche Krankengeschichten, aus welchen Beispiele zu bringen, wir uns versagen müssen.

Dass später die Armee an Krankheiten, namentlich Gelbfieber, Malaria und Typhus schwer zu leiden hatte, und dass darunter auch der Heilungsverlauf häufig litt, ist bekannt; doch können über die Ziffern auch von S. keine bestimmten Angaben gemacht werden; diese werden erst von einem Berichte des Sanitätschefs zu

erwarten sein. Hier genüge die Feststellung der Thatsache, dass die Armee durch Krankheiten sicher weit höhere Verluste zu erleiden hatte, als durch die Waffen des Feindes, und dass selbst ein so kurzer Feldzug in tropischem Klima genügte, die in vorzüglichem Körperzustande ausgerückten Soldaten mit gebrochenem Körper zurückkehren zu sehen.

Dass dann die Einrichtungen in den großen, für die heimgekehrten Krieger errichteten Lagerlazaretten vorzügliche waren oder vielmehr richtiger allmählich wurden, wollen wir S. gern glauben, indem wir nochmals wiederholen, dass den reichen Hilfsmitteln des Landes gegenüber es sich doch immer nur um sehr kleine Ziffern handelte. Sowohl der Verwaltung als auch der zu ihrer Unterstützung aufgebotenen freiwilligen Hilfe unter Miss Clara Barton wird in dieser Hinsicht enthusiastische Anerkennung gezollt. Auch deutsche Gesellschaften in New York etc. waren sehr thätig. Die Behandlung der spanischen Verwundeten und die Versorgung der Civilbevölkerung nach der Kapitulation Santiagos mit Lebensmitteln etc. fiel ausschließlich der freiwilligen Hilfe anheim.

Bei der hohen Bedeutung, welche S. dem Verbandpäckchen zuschreibt, sei noch erwähnt, dass er die Beigabe eines antiseptischen Pulvers: 4 Borsäure auf 1 Salicylsäure empfiehlt. Dies soll auf die Wunden gestreut, dann mit Kompressen bedeckt und mittels Heftpflasterstreifen, die gleichfalls beizufügen sind, befestigt werden. Entblößung des Körpers zum Zweck des Verbindens ist zu vermeiden, die Kleider werden nur so weit aufgeschnitten, als unbedingt nöthig ist, etwaige einfache Schienen bei Schussbrüchen über den Kleidern angelegt; Säuberung der Wundumgebung ist unnöthig. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

15) J. **Matignon.** Morts et blessures pendant le siège de la légation de France à Pékin.

(Méd. moderne 1901. No. 14.)

Die Ausführungen M.'s bieten manches Interessante und zeigen, mit wie primitiven Mitteln unter den schwierigsten äußeren Verhältnissen der Militärarzt doch segensreich zu wirken vermag. M. hatte die ärztliche Fürsorge für die Mitglieder der französischen Gesandtschaft, welche an Kombattanten 9 französische Officiere und 45 Matrosen, 20 Österreicher und 16 Volontäre, also 90 Köpfe zählte. Zur Unterstützung seiner ärztlichen Thätigkeit stand ihm Niemand zur Verfügung, da weder die Franzosen noch die Österreicher Krankenwärter hatten, und M.'s eingeborener Diener, der im Verbinden geübt war, beim ersten Schusse davonlief. Von Instrumenten besaß er nur ein leidlich vollständiges Handbesteck. Tragbahren wurden improvisirt theils aus Rohrliegesesseln, an die Bambusrohre angebunden wurden, theils aus Bambusrohren, zwischen denen eine Hängematte ausgespannt wurde. Als Krankenträger fungirten flüchtige eingeborene Christen, die sich auch im Feuer gut bewährten. In der Gesandtschaft hatte M. eine Krankenstube eingerichtet, in die er die Verwundeten legte, die nicht Zwecks größerer Operation der internationalen Ambulanz überwiesen werden mussten.

Was den Gesundheitszustand in der französischen Gesandtschaft betrifft, so ist hervorzuheben, dass trotz des bei der Hitze in großer Menge getrunkenen schlechten Wassers, das weder filtrirt noch gekocht war, trotz vorwiegender Fleischnahrung, die 55 Tage lang in Pferdefleisch bestand, kein Mensch krank wurde, abgesehen von einem Matrosen, der einen leichten chronischen Darmkatarrh dazu benutzte, um sich aus der Feuerlinie zu drücken.

M. befand sich stets in der Feuerlinie, legte hier jedem Verwundeten den ersten Verband an und ließ die leichter Verwundeten sofort an ihren Platz zurückkehren, um sie erst in einer Feuerpause definitiv zu verbinden.

Die Chinesen bedienten sich aller Arten von Geschossen, von Ziegel- und anderen Steinen angefangen bis zu Haubitzengranaten. Anfangs benutzten sie Mausergewehre von 11 mm Kaliber, später Mannlichergewehre. Das Kaliber der Kanonen schwankte zwischen 2,5 cm und 80, 70 und 47 mm. Mehr als 800 Granaten wurden auf die Gesandtschaft geworfen. Getödtet wurden von den Ver-

theidigern 18, verwundet 53. Das Verhältnis der Todesfälle durch Gewehrverletzung zu denen durch Granat- oder Explosionsverletzungen betrug 87,5 : 12,5%. Von den tödlichen Verletzungen waren 71,8% solche des Kopfes, von den nicht tödlichen 45,2%; von letzteren betrafen 13,2% die obere, 11,1% die untere Extremität. Durch Minenexplosion kamen 2 Todesfälle zu Stande, eben so viel durch die 800 Granaten.

Besonders bemerkenswerth ist die hohe Proportion der tödlichen Kopfverletzungen, in der Mehrzahl der Fälle durch kleinkalibrige Geschosse. Trotz der nahen Entfernung — 20—250 m — hatte das Geschoss den Schädel nicht immer durchbohrt. In diesen Fällen hatte das Geschoss eine Explosivwirkung hervorgerufen, so dass die ganze Schädelkapsel ein nur durch das Pericranium zusammengehaltener Haufen von Knochentrümmern war. Hatte das Geschoss dagegen die Hirnmasse passirt, so lokalisirte sich die Explosivwirkung in die Umgebung des Schusskanales. Trotz der oft großen Zertrümmerung und des Verlustes von 100 bis 150 g Hirnmasse trat der Tod selten unmittelbar ein, vielmehr gingen Herzschlag und Athmung trotz aufgehobener psychischer Funktion noch 10—25 Minuten fort.

Eine perforirende Brustverletzung wurde nur 1mal beobachtet; der Tod erfolgte nach 2mal 24 Stunden an septischer Pneumonie. Tödlich endete ferner ein penetrirender Kehlkopfschuss — nach 36 Stunden — und eine ausgedehnte Bauchverletzung mit Darmwunden — 2 Stunden nach der Darmresektion.

An Extremitätenverletzung starb nur 1 Mann mit Komminutivfraktur des linken Oberschenkels in Folge hinzugetretener Sepsis in 20 Stunden.

Unter den 53 Verletzten waren 2, die durch Minenexplosion verschüttet wurden; obgleich sie keine Wunden oder Frakturen davongetragen hatten, entwickelte sich bei beiden eine psychische Störung, die dem Krankheitsbilde der Railway-spine entsprach.

Eine Übersicht über die Zahl der Gefallenen und Verwundeten der verschiedenen Nationen beschließt die interessante Arbeit. Bemerkenswerth ist, dass von den 19 Officieren sämmtlicher Kombattanten 14, die 3 Ärzte dagegen sämmtlich verletzt wurden! **R. v. Hippel** (Cassel).

16) M. Péraire. Trépanation pour un cas de balle de revolver intracrânienne.

(Bull. et mem. de la soc. anat. de Paris Année LXXVI. T. III. No. 2.)

Der Kranke hatte sich im Februar 1887 einen Revolverschuss in die rechte Schläfe beigebracht. Erst etwa 10 Jahre nachher stellten sich Symptome von Reizung ein: unerträgliches Kopfweh, welches am Arbeiten und Schlafen hindert, und beim Heben und Senken des Kopfes heftiger wird. Mit Hilfe von Röntgenaufnahmen lässt sich der Sitz des Geschosses ziemlich genau bestimmen, und obgleich äußerlich nichts mehr auf die ehemalige Verletzung hinwies, wurde es leicht gefunden; es war mäßig deformirt, und an seiner Spitze haftete ein ca. Centimeterlanges Knochenstückchen. Die Heilung verlief glatt. **Christel** (Metz).

17) Clark. Case operated on for exaggerated Roman nose.

(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 21.)

Es wurde unter dem vorspringenden Buckel des Nasenrückens ein kleines Stück des Septum mittels stark gebogener Schere und Zangen entfernt, die Nasenbeine intranasal vom Processus nasalis des Oberkiefers abgesägt, durch leichten Hammerschlag vollends abgebrochen und niedergedrückt. Nach 2wöchentlichem Schienenverbande war hinreichende Festigkeit eingetreten. Resultat nach vorliegender Abbildung sehr gut. **Trapp** (Bückeburg).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 37. **Sonnabend, den 14. September.** **1901.**

Zur chirurgischen Behandlung thrombosirter Unterschenkelvaricen.

Von

Dr. **W. Kramer** in Glogau.

Thrombose der Unterschenkelvaricen, besonders der oberflächlich gelegenen, ist ein sehr häufiges Vorkommnis, das früher als ein für die Heilung der Venenerweiterungen günstiger Vorgang angesehen und durch verschiedene therapeutische Methoden künstlich hervorzurufen gesucht wurde. Heut zu Tage gilt die Thrombose mehr für eine unangenehme Komplikation, durch welche zumeist die von den Varicen ausgehenden Beschwerden verschlimmert, häufig wieder-

kehrende Entzündungen mit ihren Ausgängen in Abscess-, Geschwürs- und Ekzembildung und selbst das Leben gefährdende Embolien veranlasst werden können, während wesentliche Besserungen oder gar wirkliche Heilungen des Leidens durch Organisation oder Verkalkung der Thromben nur höchst selten und dann in der Regel erst nach wochen- und monatelanger Bettruhe und Schonung des befallenen Beines zur Beobachtung kommen. Sind desshalb die früheren Versuche, die Thrombose zu Heilzwecken zu erzeugen, längst so gut wie ganz aufgegeben und an ihre Stelle sicherere und weniger gefährliche Verfahren zur Radikalheilung der Krampfadern, wie die Ligatur der Vena saphena, die Totalexstirpation, getreten, so darf es um so mehr heute — unter dem Schutze der Asepsis — gerechtfertigt erscheinen, gegen die Gefäßverstopfung selbst, wenn sie dem Messer leicht zugänglich, zur Verhütung jener Folgezustände und Gefahren vorzugehen. Wenn man von der Entleerung vereiternder Thromben durch Einschnitt absieht, ist bisher nur die Totalexstirpation der von Thrombose befallenen Venenerweiterungen in Anwendung gezogen worden. Wird dieselbe auch in Zukunft für besondere Fälle, wie die, wo es sich um sehr starrwandige Gefäße handelt, ihre Berechtigung behalten, so dürfte doch für eine Reihe anderer, so fern sie leicht erreichbar sind, ein einfacheres, weniger eingreifendes Verfahren am Platze sein, das sich mir seit ca. 10 Jahren immer wieder bewährt und niemals zu Misserfolgen geführt hat. Es ist die von mir nicht nur bei umschriebener Knotenbildung, sondern auch und besonders bei Vorhandensein von förmlichen Geschwülsten, ganzen Paketen thrombosirter Varicen nach Incision der Haut — ohne oder nach vorheriger Lokalanästhesie — ausgeführte Längsspaltung der Gefäßstränge fast in der ganzen Ausdehnung der Verstopfung mit vorsichtiger Entleerung der Gerinnselmassen. Die in ca. 50 Fällen geübte Operation, zu der in erster Linie die trotz Fehlens frischer Entzündung seit Längerem bestehenden und auf andere Weise nicht zu beseitigenden Beschwerden der betreffenden Kranken Veranlassung gaben, war niemals von irgend welchen nachtheiligen Erscheinungen (Embolie etc.) gefolgt, niemals weder sofort noch später von Blutung aus den eröffneten Venen begleitet, wohl desshalb nicht, weil deren Lumen central und peripher bereits in Obliteration begriffen oder durch bereits fester haftend gewordene Gerinnselreste verschlossen war. Die gesetzten Wunden, deren Ränder nach der Entleerung der Thromben sich von selbst an einander legten, heilten unter Ruhelage der Operirten bei fieberlosem Verlauf stets in kürzester Zeit ohne Reaktion, ohne Fistelbildung, und hinterließen schmale, schmerzlose Narben, an denen später in keinem Falle Geschwüre oder Ekzeme etc. aufgetreten sind. Durch den einfachen Eingriff wurden die betreffenden Kranken bald von ihren Beschwerden befreit und eine vollständige Verödung der Gefäße im Bereiche der früheren Thrombosen herbeigeführt.

Ich glaube desshalb die kleine Operation für Fälle der Art, wie die von mir in Angriff genommenen, als eine bei strenger Asepsis so gut wie ungefährliche und sicher wirkende Behandlungsmethode empfehlen zu dürfen.

---

1) **V. Cornil** et **L. Ranvier.** Manuel d'histologie pathologique. T. I.

Paris, 1901.

Das groß angelegte französische Werk der gesammten pathologischen Histologie, dessen 1. Band hier vorliegt, ist eigentlich die 3. Auflage des von den bekannten französischen Forschern 1876 und 1881 (2. Auflage) herausgegebenen Buches. C. und R. haben sich nun, um ein rascheres Erscheinen des umfänglichen, auf das Doppelte des früheren Umfanges berechneten Werkes zu ermöglichen, entschlossen, eine Anzahl Mitarbeiter heranzuziehen. Als Mitherausgeber werden auf dem Titel noch besonders A. Brault und M. Letulle genannt. Der weitaus größte Theil des vorliegenden Bandes ist der allgemeinen pathologischen Anatomie gewidmet.

Nach einem kürzeren einleitenden Kapitel über die Elemente der normalen Histologie von R. folgt als erstes größeres Kapitel, von C. bearbeitet, »Die allgemeinen Lehren von der Pathologie der Zellen und der Gewebe«. In lebhafter Darstellung, an der Hand einfacher, zum Theil wohl etwas schematisirter, in schwarz gehaltener Figuren werden die einfachsten Formen der Zellveränderungen geschildert; überall ist auch die neuere deutsche Litteratur in ihren Specialarbeiten in der Darstellung verwerthet. Auch das Kapitel der Entzündung und infektiösen Granulome ist von C. bearbeitet. Vielfach stützt er sich gerade in diesem Kapitel auf eigene Untersuchungen (oder solche seiner Schüler), und so treten Einzelheiten, z. B. die Veränderungen der Endothelien bei der Entzündung der serösen Häute, die ihn selbst beschäftigt haben, besonders hervor. Aber auch hier finden wir eine ausgiebige Verwerthung der neuesten Litteratur mit besonderer Berücksichtigung auch der neuesten deutschen Arbeiten.

In dem Kapitel über die infektiösen Granulationsgeschwülste sind auch farbige Figuren eingefügt, wie in den folgenden Kapiteln, die aber nicht alle als gleich gelungen bezeichnet werden können. Auch treffen wir unter den schwarzen Reproduktionen gelegentlich einen alten Bekannten aus Virchow's Geschwulstlehre wieder. — Die Geschwülste hat A. Brault bearbeitet. Auch dieses ziemlich umfangreiche Kapitel verräth eine sehr gründliche Durcharbeitung und Sichtung. Dass auch hier die eigenen Anschauungen und Studien des Verf.s gelegentlich besonders hervortreten, ist selbstverständlich. So ist z. B. der Glykogengehalt der Neubildungen unter Beigabe entsprechender farbiger Abbildungen besonders berücksichtigt. Gegenüber der parasitären Theorie über die Entstehung

der Geschwülste verhält sich Verf. ablehnend. Bei der Besprechung der Teratome fällt auf, dass die neueren Untersuchungen von Wilms und Pfannenstiel nicht berücksichtigt sind.

Es folgt ein größeres Kapitel über die Lehre von den Bakterien, von F. Bezançon. Die wichtigsten pathogenen Arten sind nach ihren kulturellen, biologischen und thierpathogenen Eigenschaften besprochen. Die Besprechung der Pathogenese der durch sie beim Menschen hervorgerufenen Krankheiten kommt dabei verhältnismäßig kurz weg. Auf Einzelheiten einzugehen, würde zu weit führen. Aufgefallen ist mir z. B. die Auffassung, dass das Marmorek'sche Streptkokkenserum sichere therapeutische Erfolge aufzuweisen habe. Der Bacillus pyocyaneus wird unter den sicher pathogenen Erregern aufgeführt. — Auch eine kurze Übersicht über die thierischen Parasiten des Menschen schließt sich an dieses Kapitel an.

Die letzten 200 Seiten des vorliegenden 1. Bandes sind schon der speciellen pathologischen Histologie gewidmet. — Den Anfang macht die Bearbeitung der Knochen, Knorpel und Gelenke von M. Cazin. Dieser, besonders den Chirurgen interessirende Abschnitt ist verhältnismäßig kurz behandelt. Eine Anzahl in schwarz gehaltener, theilweise etwas schematischer Figuren erläutern den Text. In der Eintheilung der tuberkulösen Gelenkerkrankungen folgt Verf. Mauclaire, welcher trennt 1) typische Formen (entsprechend der Osteoarthritis fungosa vulgaris), 2) atypische Formen (la forme sèche, la forme intraarticulaire et partielle, la forme extraarticulaire, la caries carnosa, la forme hyperostante, les formes synoviales). Die z. B. von König für so häufig gehaltenen gonorrhoischen Gelenkerkrankungen kommen besonders kurz weg.

Der 1. Band schließt mit der pathologischen Histologie des Bindegewebes und der serösen Häute (C.), die auch verhältnismäßig kurz abgehandelt ist.

Ein so umfassendes Werk der gesammten pathologischen Histologie, wie es das vorliegende zu werden verspricht, besitzen wir in der deutschen Litteratur nicht. Es ließ sich in dem Umfange wohl auch nur ermöglichen durch die Mitarbeit einer größeren Zahl von Forschern, die auf den von ihnen bearbeiteten Gebieten großentheils als Specialisten zu betrachten sind. Darin liegt der besondere Werth des Buches. — Dass die schwarzen und farbigen Bilder des Werkes, die in einer reinen Histologie ja eine besondere Rolle spielen müssen, etwa besser wären, als in unseren entsprechenden deutschen Werken, wird man kaum behaupten können. Die vorzüglichen mikroskopischen Darstellungen z. B. in dem Ziegler'schen Lehrbuche können sehr wohl einen Vergleich mit den hier dargebotenen aushalten.

F. Henke (Breslau).

---

2) **R. Matzenauer.** Zur Kenntnis und Ätiologie des Hospitalbrandes.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LV. Hft. 1—3.)

Auf Grund einer größeren Anzahl von Fällen, litterarischer Studien, histologischer und bakteriologischer Untersuchungen, so wie auf Grund des Urtheils älterer Kliniker, welche den Hospitalbrand noch aus reichlicher Erfahrung kennen, ist Verf. zu der Überzeugung gekommen, dass diese meist als »ausgestorben« angesehene Krankheit auch jetzt noch, wenn auch in selteneren Fällen und in meist milderer Form, vorkommt, und zwar am häufigsten in der Geschlechts- und Aftergegend. Die durch »ihre rapide Progredienz und hohe Destruktionskraft« ausgezeichneten, sehr übelriechenden Geschwüre sind mit einem pastösen, gelatinösen grauen, grünlichen bis schwärzlichen, gelegentlich sehr dicken Belage bedeckt, von einem schmalen, hellen Entzündungshof umgeben. Meist ist Fieber vorhanden. Die »diphtheritischen« und die »phagedänischen« Geschwüre, von denen man in der Syphilidologie so viel gesprochen hat, stellen die sog. »pulpöse« und »ulceröse« Form der Nosokomialgangrän vor, deren Differenzen nur in den anatomischen Verschiedenheiten des erkrankten Gewebes begründet sind. Histologisch ist Entzündung mit frühzeitiger Coagulationsnekrose vorhanden. Als Ursache dieser Processe bezeichnet M. mit aller Wahrscheinlichkeit einen (wohl anaeroben) Bacillus, »dessen Reinkultur allerdings nicht einwandfrei gelungen ist, der jedoch konstant und meist in reichlichen Mengen in Gewebsschnitten von progredienten Geschwüren nachweisbar ist. Der Bacillus ist schlank, geradlinig oder manchmal leicht geschwungen, 3—4 μ lang und 0,3—0,4 μ breit; er liegt zumeist einzeln, zuweilen zu zweit der Länge nach an einander gegliedert; seine Enden sind meist leicht abgerundet; er färbt sich nach Gram-scher Methode. Die Infektiosität ist nicht sehr hochgradig; die Übertragung auf Menschen und Thiere gelingt nicht leicht.

Der Arbeit sind 4 Krankenabbildungen, welche allerdings nicht sehr deutlich die Veränderungen wiedergeben, und 9 gut ausgeführte histologische Bilder beigegeben. Die Häufigkeit dieser Krankheitsformen in dem Wiener Material ist auffallend, ihre Unterscheidung von event. aus anderen Gründen gangränös gewordenen Ulcera mollia und chronica (z. B. bei der malignen Lues) wird weiterer Studien bedürfen. **Jadassohn** (Bern).

---

3) **A. Jordan.** Über die Häufigkeit des Vorkommens von venerischen Bubonen. Ein statistischer Beitrag.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LIV. Hft. 2 u. 3.)

Aus den statistischen Berechnungen J.'s ist nur hervorzuheben, dass bei dem Spitalmaterial in Russland die mit Bubonen komplicirten Ulcera mollia einen geringeren Procentsatz unter den Ulcera mollia überhaupt ausmachen, wohl weil auch viele nicht komplicirte weiche

Schanker zur Aufnahme kommen — im Gegensatz zu Westeuropa. Auch in J.'s Material sind die linksseitigen Bubonen häufiger als die rechtsseitigen, weil sich das in der Tiefe liegende Lymphgefäßnetz des Penis speciell nach links wendet. Einen Einfluss der Jahreszeiten hat der Verf., im Gegensatze zu Anderen, nicht konstatiren können.

Jadassohn (Bern).

---

4) **G. Hügel** und **K. Holzhäuser.** Mittheilungen über Syphilisimpfungen am Thiere.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LV. Hft. 2.)

Verff. berichten im Anschluss an eine frühere Mittheilung, dass sie bei der Sektion eines früher geimpften Schweines, das Inguinaldrüsenschwellung und papulöse Efflorescenzen gehabt hatte, Verhärtung und Vergrößerung der Lymphdrüsen an der Wirbelsäule, Verhärtungen in der Lunge und Leber und eine interstitielle Hepatitis gefunden haben. Eine Impfung mit sekundär-syphilitischem Blut verlief negativ, eine zweite erzeugte eine Art Erythem und papulöse Erscheinungen — die Sektion war ergebnislos; eben so traten bei einem weiteren Schwein Papeln auf und dasselbe blieb im Wachsthum zurück. Die Verff. glauben nunmehr, bei 4 Schweinen Syphilis erzeugt zu haben, die Erscheinungen seien weniger stürmisch als beim Menschen; es sei wohl eine gewisse Abschwächung des Virus vorhanden.

Jadassohn (Bern).

---

5) **Boegehold.** Beiträge zur Pathologie der Lues.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LV. Hft. 3.)

Auf Grund einiger, im Detail wiedergegebener Fälle und seiner zahlreichen Erfahrungen unternimmt B. einen Vorstoß gegen die Dualitätslehre. Er findet, 1) dass »in einer allerdings beschränkten Zahl von Fällen nach einer Infektion mit Produkten der sekundären Lues (z. B. Condylomata lata) innerhalb weniger Tage post coitum ein weiches Ulcus auftritt, welches weich bleibt, nach etwa 14 Tagen unter einer geeigneten Behandlung (Umschlägen mit Cupr. sulf. etc.) heilt und doch von allgemeiner Lues gefolgt wird«. Solche Fälle bieten der Erklärung zweifellos gewisse Schwierigkeiten dar; leider berichtet Verf. nicht näher, auf Grund welcher Momente er ein Ulcus als weich bezeichnet. Zu erklären sind diese Fälle aber vollständig, wenn man zugiebt (wie kaum mehr geleugnet wird), 1) dass nicht jeder Primäraffekt hart ist; 2) dass die Inkubationszeit des Primäraffekts keineswegs immer eine lange ist; dabei kann man das letztere erklären, einmal mit der Annahme einer wirklich kurzen Inkubationszeit (die ja anerkanntermaßen in weiten Grenzen schwankt), oder dass zweitens eine Infektion mit Ulcus molle oder auch mit einfachen Eitererregern vorliegt. Nicht verständlich ist, warum der Verf. hierher auch diejenigen Beobachtungen rechnet, bei welchen der an sekundärer oder tertiärer Syphilis leidende Pat. jede ihm

bekannte Infektion, resp. Geschwürsbildung in Abrede stellt, und bei denen eine Narbe an den Genitalien etc. selbst bei der genauesten Untersuchung sich nicht vorfindet. Denn solche Fälle sind doch sehr wohl durch Übersehen eines typischen wenn auch kleinen Primäraffektes (der ja ohne Narbe heilt) zu erklären. Die anderen Behauptungen B.'s sind noch wesentlich leichter zu erklären. Jetzt — da die specifische Natur des Ulcus molle erwiesen ist — können wohl Atypien im Anfangsverlauf der Lues die Diagnose erschweren; aber der Dualismus steht fest. Die Diagnose »Ulcus anceps« heißt nichts Anderes, als die Erklärung, man wisse zuerst nie, ob Lues folgen werde oder nicht; sie ist aber bei der nicht mehr zweifelhaften Existenz des Chancre mixte ganz selbstverständlich.

Jadassohn (Bern).

---

6) **Marcou.** Facteurs de gravité de la syphilis.

(Indépendance méd. 1901. No. 27.)

Verf. sucht die Theorie, welche den Grad der Bösartigkeit der Lues durch erworbene oder ererbte Prädisposition des inficirten Individuums so wie durch die äußeren hygienischen Verhältnisse, in welchen der Inficirte lebt, erklären will, zu widerlegen und hält diese Faktoren nur für eine unangenehme Komplikation der Lues, nicht für die Ursache ihrer Schwere. Diese ist vielmehr allein abhängig von der Quelle, aus der die Lues erworben wurde, also von der individuell verschiedenen Virulenz des inficirenden Virus, welche um so größer ist, je weniger eine specifische Behandlung des Inficirenden resp. der vorhergehenden Generationen stattgefunden hatte. Nur aus diesem Grunde verlaufen die exotischen Luesfälle (Arabien, Algier) meist bösartiger, als es durchschnittlich bei uns der Fall ist. Könnten sämmtliche Lueskranke der Erde einer genügend intensiven und langen specifischen Behandlung unterworfen werden, so wäre damit die Lues zum Aussterben gebracht. **Mohr** (Bielefeld).

---

7) **F. Fischenich.** Die Syphilis des Nasen-Rachens.

(Archiv für Laryngologie u. Rhinologie Bd. XI. p. 423.)

Verf. giebt auf Grund von 49 Fällen einen Überblick über die Erkrankungen des Nasen-Rachenraumes. Einen Primäraffekt an dieser Stelle, wie sie verschiedentlich durch Instrumente, z. B. Katheterismus der Tube, hervorgerufen werden, hat Verf. nie gesehen, auch nur einmal eine Sekundärinfektion, bestehend in Plaques muqueuses auf der hinteren Fläche des weichen Gaumens; das Hauptkontingent der luetischen Erkrankungen des Nasen-Rachens wird von der tertiären Form gestellt. Diese kann 2 Monate bis 22 Jahre nach der primären Infektion auftreten. — Anatomisch beginnt die Erkrankung gewöhnlich mit der gummösen Infiltration der Schleimhaut, die man jedoch nur selten zu sehen bekommt; meist sind es Ulcerationen der verschiedensten Größe und Aus-

dehnung, die sich dem untersuchenden Arzte zeigen. Diese Geschwüre können oberflächlich oder tiefgehend, bis auf den Knochen reichend, mit unterminirten Rändern, graugelb und schmierig sein. Selten kommt es zur Sequestrirung; sie sitzen am Rachendache, an den Tuben, auch an den Choanen. — Symptome sind: Halsschmerzen von außergewöhnlich langer Dauer, Kopfschmerzen, Druck im Kopfe, so wie Benommenheit, weiterhin starke Sekretion von schleimig-eitrigen, mit Blut untermischten Massen, deren Verschlucken fast immer Verdauungsstörungen hervorruft. Letztere, verbunden mit der durch den starken Schluckschmerz bedingten Nahrungsverweigerung, rufen starken Kräfteverfall, richtige Kachexie hervor. — Die Diagnose ist natürlich nur durch die postrhinoskopische Untersuchung zu stellen. — Die Therapie soll nicht nur eine allgemeine (Quecksilber, kombinirt mit Jodkali), sondern auch eine örtliche sein. Hierzu empfiehlt F. Ausspritzungen vom Rachen, nicht von der Nase aus, Einblasungen von Kalomel und Orthoform zu gleichen Theilen, Einpinselungen von Jodjodkaliglycerin. Energisch wirkende Caustica sollen vermieden, Granulationen und Sequester entfernt werden.

Manasse (Straßburg i/E.).

---

8) T. Juliusberg. Experimentelle Untersuchungen über die Quecksilberresorption bei der Schmierkur.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LVI. Hft. 1.)

Da die Frage: »Auf welchem Wege gelangt das Quecksilber der auf der Haut verriebenen grauen Salbe in den Organismus« noch immer nicht definitiv gelöst ist, hat J. eine Anzahl von sehr dankenswerthen Untersuchungen vorgenommen, über deren Methodik das Original nachgelesen werden muss und deren Resultate zweifellos von Bedeutung für die Art, wie wir die Schmierkur vornehmen sollen, sind. Verf. hat in einigen Versuchen an Menschen unter allen Vorsichtsmaßregeln graue Salbe in größeren Mengen eingerieben und möglichst sorgfältig so verbunden, dass eine Aufnahme verdunstenden Quecksilbers durch die Lunge so gut wie ausgeschlossen war. Dabei ergab sich eine auffallend geringe Resorption des Quecksilbers (Untersuchung von Urin und Koth) und eine sehr geringe oder noch gar keine Besserung syphilitischer Symptome. Er hat ferner bei Hunden Einreibungen theils so vorgenommen, dass ihnen eine sicher quecksilberfreie Athmungsluft zugeführt wurde, theils so, dass die Einathmung der Quecksilberdämpfe nicht gehindert wurde. Durch diese Versuche wurde nachgewiesen, »dass eine Aufnahme von Hg nach Inunktion auch bei vollständigem Ausschluss der Athmung stattfinden kann«, dass aber auch bei den Hunden durch die Lunge mehr Hg in den Körper übergeht, als durch die Haut. Die Annahme, dass Hg in Dampfform die Haut passirt, hält J. nicht für wahrscheinlich, er glaubt vielmehr, dass »ein Coerciren von Hg-Dämpfen auf der Haut durch den Feuchtigkeitsgehalt der Luft stattfindet und von dort die Resorption durch Salzbildung er-

folgt«. Auch in der Lunge fände dieses Coerciren — und zwar besonders reichlich — statt; »die sich bildenden kleinsten Metalltröpfchen sollen sich dann verhältnismäßig rasch in resorbirbare Verbindungen umwandeln« (Wienecke-Kunkel). Auch dafür sprechen einige Versuche J.'s. Endlich hat er in der Ausathmungsluft bei mit Hg behandelten Hunden Hg nicht nachweisen können.

Jadassohn (Bern).

---

9) **E. Welander.** Zur Frage von der Behandlung mit Quecksilbersäckchen.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis B. LIV. Hf. 1.)

Unermüdlich ist W. bemüht, die theoretische Basis seiner Modifikationen der Schmierkur weiter auszuarbeiten und sie gegen Angriffe mit Thatsachen zu vertheidigen. In der vorliegenden Arbeit betont er einmal (gegenüber Gschwend) die Schwierigkeit einer wirklich beweisenden Recidivstatistik (Gschwend hatte gemeint, dass die Recidive nach der »Säckchenbehandlung« zeitiger auftreten); er weist ferner nach, dass die Remanenz nach dieser Methode eine recht beträchtliche ist, und zwar sowohl was die Quantität der im Urin auffindbaren Hg-Massen in der ersten Zeit nach Aufhören der Kur, als auch was die Dauer der Remanenz überhaupt betrifft. Entgegen seiner früheren Ansicht hat sich Verf. jetzt durch eigene Versuche davon überzeugt, dass Hg-Dämpfe von der Haut resorbirt werden. Er hat endlich auch versucht, sich ein Urtheil darüber zu bilden, ob bei den Einreibungen Dépôts in den Follikeln und zwischen den Hornzellen angelegt werden, von denen aus Hg in Dampfform weiter resorbirt wird. Im Princip sind solche Dépôts in Form von Tröpfchen in den Follikeln vorhanden — aber die Menge des von ihnen abdunstenden Quecksilbers und die Dauer der dadurch bedingten Zufuhr von Hg können nach den Darlegungen W.'s keine irgend wie wesentliche Bedeutung haben. Er hält daher die Einreibungen für nicht nothwendig. Die Säckchenbehandlung könne nach Belieben modificirt werden.

Jadassohn (Bern).

---

10) **M. Möller.** Fortgesetzte Beobachtungen über Lungenembolie bei Injektion von unlöslichen Quecksilberpräparaten.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LV. Hft. 2.)

M., welcher in früheren Arbeiten eine auffallend große Zahl von Lungenembolien nach Injektionen ungelöster (der Ausdruck »unlöslich« sollte, da er doch ganz unzutreffend ist, definitiv aufgegeben werden) Hg-Präparate veröffentlicht hatte, konstatirt jetzt, dass dieses unangenehme Ereignis nicht eintritt, wenn man die von Lesser angegebene Vorsichtsmaßregel befolgt, d. h. wenn man nach Einführung der Kanüle nachsieht, ob Blut aus ihr herausströmt, oder ob, was eben so wichtig ist, sich der Kanüleninhalt vorwölbt. Macht man dann die Injektion, so kann sich eine Embolie (event. mit sehr

geringen Symptomen, wie z. B. bloß Temperatursteigerung, Kopfschmerz, Übelkeit) ereignen; sticht man dann aber an anderer Stelle ein, so bleibt die Embolie aus, Temperatursteigerungen können aber auch ohne intravenöse Injektion eintreten (in Folge »einer individuell größeren Reaktionsempfindlichkeit gegenüber resorbirtem Hg«). Bei intravenösen Injektionen von kleineren Mengen eines gelösten Hg-Salzes (—1 cg Sublimat) machen sich meist keine Störungen geltend. Kleine Mengen reinen Paraffins bedingen nicht klinisch konstatirbare Lungenerscheinungen, große Mengen flüssigen Fettes lebensgefährliche Embolien. (Noch sicherer wird man die Embolien durch die von Schäffer und Emery angegebene Methode, vor der Injektion zu aspiriren, vermeiden können. Ref.) **Jadassohn** (Bern).

---

11) **V. Allgeyer.** Über Veränderungen im menschlichen Muskel nach Kalomelinjektionen.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LV. Hft. 1.)

A. hat die seltene Gelegenheit, beim Menschen vor kurzer Zeit intramuskulär angelegte Kalomeldépôts zu untersuchen, sorgfältig ausgenutzt. Die Erscheinungen der verschiedenen Muskeldegenerationen, der Infiltration etc. werden eingehend besprochen; die entzündlichen Reaktionen und Nekrose waren nicht so hochgradig, wie man vielfach anzunehmen geneigt ist. Hg fand sich in Form von Kügelchen an einer Stelle — Kalomel war nicht mehr nachzuweisen —, also relativ schnell verarbeitet. **Jadassohn** (Bern).

---

12) **V. Lion.** Die Resorptionsfähigkeit der Haut für Jodkali in verschiedenen Salbengrundlagen.

(Festschrift zu Ehren von M. Kaposi.)
Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1900.

Die Frage, ob die unverletzte Haut nicht flüchtige und die Haut nicht schädigende Stoffe resorbiren könne, ist noch nicht definitiv gelöst. Dem Verf. ist es gelungen, den Nachweis zu erbringen, dass aus größeren Mengen (50—100 g) von Jodkali-Vaselin, Vasogen und Adeps suill. (10%), die auf die Haut leicht aufgestrichen oder auf Lintflecken auf die Haut aufgelegt wurden, bei möglichster Vermeidung aller Fehlerquellen Jod resorbirt wurde. Dagegen gelang dieser Nachweis nicht bei in derselben Weise angestellten Versuchen mit Jodkali, Lanolin, Adeps lanae und Resorcin. Durch welche Theile der Haut die Resorption stattfindet (Follikel?) möchte L. noch unentschieden lassen. **Jadassohn** (Bern).

---

13) **E. Quénu** et **R. Tesson.** Des fractures postéro-antérieures (paramédianes) de la base du crâne.

(Revue de chir. 1901. No. 5.)

Bisher hatte man mit Aron angenommen, dass beim Sturze aufs Hinterhaupt die Fissuren, welche durch die Basis cranii verlaufen, das Felsenbein nach vorn hin durchqueren und in der Sella turcica enden, dass sie jedoch seltener ihren Verlauf in der Sutura petroso-sphenoidalis (? im Texte steht spheno-petrosa, was auch Verff. in petro-basilaris modificiren) nehmen. Angeregt durch eine eigene Beobachtung, welche ohne Weiteres die letztere Richtung des Weges erkennen ließ, haben Verff. mehrfache Versuche in der Weise angestellt, dass sie Leichen auf Bretter, deren Fußende mittels Scharnier am Boden drehbar eingelassen waren, derartig festbanden, dass sie mit dem Hinterkopfe überstanden. So ließ man sie rücklings mit ziemlicher Gewalt auf vorspringende Steinkanten aufschlagen.

Hierbei ergab sich ziemlich übereinstimmend, dass durch Sturz auf das Hinterhaupt Basalbrüche entstehen können, welche die drei Schädelgruben durchlaufen und in der Lamina cribrosa (bezw. früher) endigen. Sie verschonen fast immer das Felsenbein, folgen hingegen meist der Sutura petroso-basilaris, nachdem sie die Pars basil. occip. durchsetzt haben. Mitunter geht die Spalte durch das For. magnum hindurch.

Das Zustandekommen der Fraktur in ihren Einzelheiten zu erklären, ist kaum möglich. Ihre Form erhellt im Wesentlichen aus einer starken, von hinten nach vorn wirkenden Gewalt, welcher von den Theilen der Basis verschiedene Widerstände entgegengesetzt werden.

Wir können auf das Vorhandensein dieser Frakturform schließen, wenn bei benommenen Verletzten, deren Äußeres die Einwirkung starker Gewalt auf den Hinterkopf vermuthen lässt, Blutung aus Mund und Nase besteht. »Für die Ohnmacht seiner Therapie soll dem Chirurgen die richtig gestellte Diagnose einen schwachen Ersatz bieten.«

Christel (Metz).

---

14) **A. Broca.** Anatomie chirurgicale et médecine opératoire de l'oreille moyenne.

(Oeuvre médico-chirurgical No. 26.)

Paris, **Masson & Co.,** 1901.

B. beschreibt in ausgezeichneter Weise die Technik der Operationen am Warzenfortsatze und Mittelohre, so wie die für dieselben in Betracht kommenden anatomischen Verhältnisse. Die einzelnen Operationsmethoden sind durch zahlreiche Abbildungen illustrirt.

Dem Texte ist ein kleiner Atlas beigefügt. Derselbe soll einerseits die durch das Wachsthum des Schläfenbeines bedingten Verschiebungen im anatomischen Aufbau demonstriren, andererseits zur Vervollständigung der im Texte gegebenen Abbildungen dienen.

Leider haben die Figuren zum Theil bei der Reproduktion sehr gelitten. **Hinsberg** (Breslau).

15) **F. Trautmann.** Leitfaden für Operationen am Gehörorgan.

Berlin, **August Hirschwald,** 1901. 104 S.

Der T.'sche Leitfaden erscheint als IV. Band der »Bibliothek v. Coler«. Er soll die wichtigsten Kapitel der operativen Otiatrie speciell den Sanitätsofficieren zugänglich machen und eine Ergänzung der vom Autor abgehaltenen 3wöchentlichen Kurse bieten.

Diesem Zwecke entsprechend, ist eine Reihe der wichtigsten Ohrerkrankungen und ihre operative Behandlung übersichtlich zusammengestellt, zum Theil durch gute Abbildungen illustrirt.

Dass die einzelnen Kapitel dabei etwas ungleich behandelt wurden, ist durch den Zweck des Buches bedingt. Speciell den intrakraniellen Komplikationen, den wichtigsten Folgeerkrankungen der Ohreiterung, ist ein relativ großer Abschnitt gewidmet, u. A. auch der Meningitis serosa, während wir eine Besprechung der Meningitis purulenta vermissen. Bei der Wichtigkeit dieser Erkrankung, die den Otochirurgen auf Schritt und Tritt bedroht, dürfte sich die Einfügung eines entsprechenden Kapitels für eine 2. Auflage wohl empfehlen. **Hinsberg** (Breslau).

16) **T. v. Marschalko.** Die Plasmazellen im Rhinoskleromgewebe; insbesondere über die hyaline Degeneration derselben auch bei einigen anderen pathologischen Processen. Ein Beitrag zur Kenntnis der sog. Russel'schen Körperchen.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LIV. Hft. 2 u. 3.)

Von den sehr eingehend geschilderten Untersuchungen v. M.'s können hier nur die Resultate in aller Kürze wiedergegeben werden. Die »Plasmazellen« (Unna's) bilden im Rhinoskleromgewebe (wie bei anderen Processen) den Hauptbestandtheil des entzündlichen Infiltrats; ein großer Theil degenerirt; andere bilden wahrscheinlich Bindegewebe. (v. M. betont: die Plasmazellen sind nachgewiesenermaßen Lymphocyten — das scheint mir noch immer nicht wirklich bewiesen.)

Die »hyalinen« oder »kolloiden« Zellen sind hyalin degenerirte Plasmazellen — sie kommen auch bei anderen Processen vor, haben also nichts für das Rhinosklerom Specifisches — die Russel'schen Körperchen sind nichts als Produkte dieser Zelldegeneration.

Jadassohn (Bern).

17) **T. v. Marschalko.** Zur Histologie des Rhinoskleroms.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LIII. Hft. 2 u. 3.)

Nach einer sehr ausführlichen historischen Darlegung berichtet Verf. über seine histologischen Untersuchungen über Rhinosklerom,

speciell über einige noch strittige Punkte. Er hält die bekannten Bakterien mit aller Bestimmtheit für die Erreger der Erkrankung. Die Befunde v. M.'s haben wesentlich pathologisch-histologisches Interesse und können daher hier nur in aller Kürze wiedergegeben werden: Die v. Mikulicz'schen Zellen sind durch die Einwirkung der Anfangs in jeder einzelnen nachweisbaren Bakterien degenerirte, den Leprazellen ähnliche Bindegewebszellen; die Bacillen haben jeder seine Kapsel und liegen in einer Gloca; nach starker Dehnung durch die Glocae wird die Zellmembran gesprengt, die Bakterien gelangen ins Gewebe, die v. Mikulicz'schen Zellen verschwinden langsam unter der Hypertrophie des kollagenen Gewebes. Die Bakterien liegen vermuthlich im Anfange in den Lymphspalten. Andere Zellen als die v. Mikulicz'schen enthalten nie Bacillen.

Jadassohn (Bern).

---

18) **L. Lichtwitz.** Du traitement aérothermique dans quelques affections nasales.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. T. XXVII. Fasc. 4.)

L. empfiehlt Heißluftbehandlung (trockene Luft von 80—90°) für einzelne Nasenerkrankungen (vasomotorischen Schnupfen, Schleimhauthypertrophien). Er rühmt die schnelle Wirkung und das Fehlen aller unangenehmen Nebenerscheinungen, wie sie z. B. bei Vaporisation vorkommen. Bezüglich des von L. verwendeten Apparates muss ich auf das Original verweisen. **Hinsberg** (Breslau).

---

19) **R. Schwenn.** Ein Beitrag zur Lehre von den bösartigen Geschwülsten der Nebenhöhlen der Nase.

(Archiv für Laryngologie u. Rhinologie Bd. XI. p. 351.)

Verf. schildert den klinischen Verlauf und die anatomischen Untersuchungen einer Reihe (10) von bösartigen Geschwülsten der Nebenhöhlen; er theilt dieselben ein in Geschwülste der Kieferhöhlengegend, der vorderen Siebbeingegend, der hinteren Siebbeingegend und der Keilbeingegend. Bei der Schilderung der allgemeinen Symptome wird zunächst auf das häufige Vorkommen von Empyemen bei diesen Geschwülsten hingewiesen, eine Erfahrung, die Ref. nur bestätigen kann; ferner auf das rücksichtslose Fortschreiten, das in einer Verdrängung und Einschmelzung der umliegenden Knochenpartien zum Ausdrucke kommt. Sodann sind die Blutungen (besonders bei Sarkom) und die Schmerzen ziemlich charakteristisch. — Es werden dann weiter noch die speciellen Symptome, die für die Lokalisation in der oben erwähnten Unterscheidung charakteristisch sind, besprochen. Bei der 1. Gruppe — Kieferhöhlengeschwülste — wird besonders differentialdiagnostisch des einfachen Empyems gedacht, bei der 2. und 3. Gruppe — Siebbeingeschwülste — der Komplikationen von Seiten der Augenhöhle. (Ref. hat bei derartigen Fällen in wenigen Tagen absolute Blindheit auftreten sehen.) Die Augenhöhle ist bei Geschwülsten

der hinteren Siebbeingegend eher betheiligt, als bei denen der vorderen; ferner ist bezüglich des Unterschiedes der 2. und 3. Gruppe zu erwähnen, dass bei der letzteren der Nasen-Rachenraum frühzeitiger betheiligt ist. — Die Keilbeinhöhlengeschwülste sind in erster Linie charakterisirt durch Symptome von Seiten der Hirnnerven. — Primäre Stirnhöhlengeschwülste hat Verf. nicht zu beobachten Gelegenheit gehabt. **Manasse** (Straßburg i/E.).

20) **K. Kompe.** Die Behandlung des Nasenblutens innerhalb der Grenzen der allgemein ärztlichen Praxis.

(Bresgen's Sammlung zwangloser Abhandlungen Bd. V. Hft. 2.)

Verf. theilt seine in 18jähriger Allgemeinpraxis erworbenen Kenntnisse über Nasenbluten mit. Von Seiten der Rhinologen wäre dem, wie Verf. selbst ganz richtig sagt, Manches hinzuzufügen, Manches wäre zu ändern. **Hinsberg** (Breslau).

21) **E. Heuss.** Über postembryonale Entwicklung von Talgdrüsen in der Schleimhaut der menschlichen Mundhöhle.

(Monatshefte für praktische Dermatologie und Syphilis Bd. XXXI. No. 11.)

H. bespricht die in letzter Zeit wiederholt beschriebenen außerordentlich häufigen Talgdrüsen in der Schleimhaut der Mundhöhle. Diese histologischen Untersuchungen haben ergeben, dass Haaranlagen nicht vorhanden sind, dass sich die Drüsen ganz so entwickeln wie die Talgdrüsen des rothen Lippensaumes; in einem Falle waren die Drüsen so groß, dass Verf. sie geradezu als Acne rosacea der Mundschleimhaut bezeichnen möchte. Er glaubt, dass sie sich durch äußere Reize entwickeln; die Pubertätszeit spielt nach ihm keine Rolle; eben so wenig könne es sich um verirrte Keime handeln; der Ausdruck »Naevus« sei daher nicht anwendbar. Die theoretisch interessanten Gebilde haben praktisch höchstens diagnostisch eine Bedeutung. **Jadassohn** (Bern).

22) **C. Chauveau.** Contribution à l'histoire de la pathologie pharyngée pendant la periode Gréco-Romaine.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. T. XXVII. Fasc. 4.)

23) Derselbe. Contribution à l'histoire des maladies du pharynx pendant les périodes Byzantine et Arabe.

(Ibid. Fasc. 6.)

Ein interessanter Beitrag zur Geschichte der Medicin, für ein kurzes Referat nicht geeignet. **Hinsberg** (Breslau).

24) **L. v. Stubenrauch.** Die Lehre von der Phosphornekrose.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 303. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1901.)

Verf., der zu dem vorliegenden Thema schon wiederholt werthvolle Beiträge geliefert hat, fasst in obiger Abhandlung das Ergebnis

seiner experimentellen Studien und makro- und mikroskopischen Untersuchungen von durch Operation gewonnenen Unterkieferpräparaten, zugleich unter Berücksichtigung der Arbeiten anderer Forscher, in folgenden Sätzen zusammen:

1) Die Phosphornekrose ist eine Krankheit, welche bisher nur beim Menschen beobachtet ist. Die bei Thieren experimentell durch Einwirkung von Phosphordämpfen erzeugten Processe dürfen nicht mit jenen beim Menschen identificirt werden.

2) Die Krankheit entsteht durch fortgesetzte Einathmung von Phosphordämpfen fast ausschließlich bei den Arbeitern der Phosphorzündholzfabriken; sie kann überhaupt in Betrieben auftreten, in welchen Phosphor zur Verdunstung gelangt (Phosphorbronze-, Schwedenfabriken, in welchen mit gelbem verunreinigter amorpher Phosphor verwendet wird).

3) Klinisch ist die Phosphornekrose dadurch charakterisirt, dass sie in der Regel an umschriebener Stelle beginnt und dann unaufhaltsam fortschreitet, bis der ganze Kiefer abgestorben ist.

4) Anatomisch zeigen die Unterkieferpräparate von Zündholzarbeitern im Frühstadium Appositionsvorgänge im Inneren des Kiefers, später sowohl innen wie außen auf der freien Oberfläche des Knochens, in Spätstadien hauptsächlich Resorptionserscheinungen im kranken Knochen neben massiger periostaler Knochenneubildung (Stadium der Apposition — Stadium der Resorption).

5) Die Kieferperiostitis, deren Produkte sich als massige Osteophyten auf dem kranken Knochen ablagern, entsteht in Folge eitriger Infektion des Knochens und des Periosts, ist also eine infektiöse und regenerative. Sie entsteht aber nicht durch Einwirkung der Phosphordämpfe von der Mundhöhle aus. (Desshalb ist der Ausdruck »Phosphorperiostitis« zu eliminiren.)

6) Der in den Arbeitsräumen der Zündholzfabriken cirkulirende Phosphor wirkt eingeathmet auf das Knochensystem im Allgemeinen ein. Die Knochen werden sklerotisch, wenn auch in geringerem Grade, wie dies z. B. bei wachsenden Thieren beobachtet wird.

7) Zum Zustandekommen des Zustandes »Phosphornekrose« sind 2 Faktoren nöthig, die Phosphorwirkung und die Infektion. Die erstere allein bedingt nicht das Absterben des Knochens. Die vom Blute aus in den Kieferknochen gelangenden Mengen von Phosphor bedingen dort wahrscheinlich im Marke primäre Veränderungen, die zu Apposition von Knochensubstanz im Inneren des Kiefers führen können, aber latent bleiben, so lange der Knochen nicht inficirt wird. Die Infektion bringt sekundär den durch Phosphor veränderten Knochen zur Nekrose. (Aus diesem Grunde ist auch die Bezeichnung »Phosphornekrose« unrichtig.)

8) Die primären Gewebsveränderungen im Kiefer, welche die Disposition zur Nekrose des Knochens bedingen, können sicher jahrelang fortbestehen, nachdem die gefährliche Luft nicht mehr eingeathmet wurde.

9) Die Infektion des Knochens findet in der Regel von Höhlen kariöser Zähne oder von den Zahnhälsen aus (Pyorrhoea alveolaris) statt.

Kramer (Glogau).

25) **Chipault.** Sur le traitement chirurgical de la névralige faciale.

(Indépendance méd. 1901. No. 25.)

Von 28 vom Verf. operirten Fällen gehörten 21 zu den schweren, unerträglichen Formen der Trigeminusneuralgie, welche dem Chirurgen viel häufiger vorkommen als die leichten, intern zu behandelnden Formen. Die chirurgische Behandlung sollte nicht zu lange hinausgeschoben werden, da dann in Folge der langdauernden peripheren Reizung möglicherweise bereits Veränderungen in den centralen Kernen aufgetreten sind, welche chirurgisch nicht beeinflusst werden können. Die extracraniellen Eingriffe am Trigeminus müssen in der peripheren totalen Resektion eines oder besser aller 3 Äste bestehen, und zwar möglichst von der Austrittstelle aus dem Schädel bis in die peripheren Verzweigungen. Nach Resektion des Jochbeines und Zurückschlagen des Masseters sucht C. den Mandibularnerven am unteren Rande des Pterygoïdeus externus auf; nach Resektion des Kronenfortsatzes, Hinaufschlagen des Temporalmuskels und Durchtrennung des Pterygoïdeus wird der 2. Ast am Foramen rotundum, der 3. am Foramen ovale zugänglich. Für den 1. Ast empfiehlt C. die Villar'sche Technik. Zur Resektion des Ganglion Gasseri wird zunächst mittels des eben skizzirten Verfahrens die Schädelbasis freigelegt und nach den in Verf.s operativer Chirurgie des Nervensystems näher angegebenen Anhaltspunkten aufgemeißelt. Dabei muss der manchmal bis zum Foramen ovale reichende Keilbeinsinus vermieden und die knöcherne Umrahmung des ovalen Loches geschont werden. Nach intracranieller Resektion des Ganglion werden die Nervenenden nach oben und unten möglichst aus einander geschoben und das Foramen ovale und rotundum mittels einer Goldplombe möglichst hoch hinauf fest ausplombirt, um jede Wiedervereinigung zu verhüten (3 Fälle).

Die periphere totale Resektion des Nerven giebt in den meisten Fällen eben so gute Resultate wie die Resektion des Ganglion, die wegen ihrer viel größeren Gefahr zu Gunsten der peripheren Totalresektion eingeschränkt werden sollte, und zwar besonders auf die Fälle von primärer und sekundärer »Gasseritis«, auf deren Diagnose C. näher eingeht.

Auf das Ganglion lässt sich, falls seine Entfernung zu gefährlich erscheint, auch indirekt einwirken 1) durch Unterbindung der Carotis communis. Diesen Eingriff verwirft C. indess als zu gefährlich, zumal da bei schwerer Trigeminusneuralgie gewöhnlich Arteriosklerose vorhanden sei. Dagegen trat nach Resektion des oberen Ganglion des Halssympathicus (4 Fälle) zunächst Besserung ein, sodann gewöhnlich ein leichter Rückfall, schließlich aber in 3 länger

beobachteten Fällen Heilung, event. mit Zurückbleiben eines leichten Schmerzes im Bereiche des 3. Astes. Der Eingriff bringt eine vasomotorische Wirkung auf das Ganglion Gasseri, seinen centralen Ursprung und auf die peripheren Äste hervor. **Mohr** (Bielefeld).

---

26) **Rodier.** Paralysie faciale d'origine dentaire.

(Indépendance méd. 1901. No. 23.)

Verf. ist der Ansicht, dass viele der bisher auf rheumatische Einflüsse, resp. eine Erkältung zurückgeführten Facialislähmungen in Wirklichkeit durch eine infektiöse Osteo-Alveolitis in Folge von Zahnkaries hervorgerufen werden. Es sind das die Fälle, in welchen der Facialislähmung schmerzhafte Erscheinungen von Seiten der Kiefer und Zähne vorhergingen. In den vom Verf. beobachteten Fällen erfolgte auf die Extraktion des betreffenden Zahnes mit Ausschabung der Zahnlücke immer Besserung und Heilung der Lähmung in wenigen Tagen. Verf. verwirft zur Erklärung des Zusammenhanges die Reflextheorie und glaubt, dass es sich um Fortleitung einer echten Neuritis des Trigeminus auf den Facialis vermittels der Verbindungsnerven zwischen beiden Nerven handele.

Mohr (Bielefeld).

---

27) **A. Stieda.** Zur Lymphdrüsenexstirpation beim Unterlippenkrebs.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 3.)

Um beim Unterlippenkrebs eine genaue Exstirpation der erkrankten Lymphdrüsen erreichen zu können, empfiehlt Verf., statt der gewöhnlich angewendeten Methode zweier Schnitte parallel zum Kiefer und eines sagittalen vom Kinn zum Zungenbein einen einzigen bogenförmigen Schnitt zu gebrauchen, welcher von einer Seite dem unteren Rande des Unterkiefers entlang nach der anderen Seite läuft. Derselbe dringt durch Haut, subkutanes Gewebe und Platysma, so dass man einen halbkreisförmigen Lappen nach unten zurückschlagen kann, nachdem man denselben bis zum Os hyoideum abpräparirt hat. Eine weit zugängliche Freilegung würde auch durch doppelte Lappenbildung zu erzielen sein, bei welcher die Schnittführung ungefähr dem alten Verfahren entspricht und bei dem nur noch eine Aufklappung beider Lappen nach beiden Seiten hin stattzufinden hätte. Verf. ist überhaupt im Allgemeinen der Ansicht, dass sich mittels der Lappenschnitte eine bessere Exstirpation der Drüsen erreichen lasse, und empfiehlt sie desshalb nicht nur für Halsdrüsen-, sondern auch Supraclavicular- und Inguinaldrüsenausräumungen. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

28) J. W. Mackenzie. Ein Wort zu Gunsten der Diagnose mit bloßem Auge und der Entfernung des ganzen Organes mitsammt dem Nachbargebiete möglicher lymphatischer Infektion bei Kehlkopfkrebs.

(Archiv für Laryngologie u. Rhinologie Bd. XI. p. 399.)

Die Überschrift gleicht dem Inhalte. Es giebt 3 hauptsächliche Methoden in der Diagnose des Kehlkopfkrebses: 1) Untersuchung mit bloßem Auge oder Diagnose durch Augenschein unter Zuhilfenahme der klinischen Erscheinungen; 2) Thyreotomie, und 3) das Mikroskop. Am höchsten bewerthet M. die erste Methode, am geringsten die letzte. Ja, er warnt direkt vor der Probeexcision Zwecks mikroskopischer Untersuchung und verallgemeinert diese Ansicht für sämmtliche chirurgische Gebiete, in so fern, als er behauptet, dass die ersten Vertreter der Chirurgie im Allgemeinen bei der Differenzirung der Neubildungen immer weniger sich Rath bei den Pathologen holen, Ausführungen, die jeder deutsche Arzt wohl mit berechtigtem Erstaunen lesen wird. Denn wir haben doch sämmtlich gelernt, dass die sicherste Diagnostik eben die ist, die durch die histologische Untersuchung gestützt ist, vorausgesetzt, dass zu letzterer geeignete Theile herangezogen werden.

Der 2. Theil der Arbeit räth zu einer möglichst radikalen Operation des Kehlkopfkrebses, also zur Totalexstirpation mit Herausnahme der inficirten oder nicht inficirten Lymphgefäße und Lymphdrüsen des Halses. **Manasse** (Straßburg i/E.).

---

29) M. Scheier. Zur Behandlung des Kehlkopfkrebses auf intralaryngealem Wege.

(Allgem. med. Central-Zeitung 1901. No. 8.)

S. vertritt die Ansicht, unter gewissen, ganz besonders günstigen Bedingungen dürfe man versuchen, ein beginnendes Kehlkopfcarcinom intralaryngeal zu entfernen. Er betont ausdrücklich die Verantwortung, die der Operateur mit einem solchen Versuche übernimmt, und ist der Ansicht, es dürfe nie viel Zeit mit solch intralaryngealen Versuchen verloren werden, da sonst die Aussichten für eine Operation von außen dadurch verschlechtert würden.

S. hat 34 Fälle aus der Litteratur zusammengestellt, bei denen die Exstirpation auf natürlichem Wege versucht wurde; 11 davon waren nach einem Jahre noch recidivfrei. Ein vom Verf. selbst intralaryngeal operirter Pat. war nach $2^3/_4$ Jahren noch ohne Recidiv.

Hinsberg (Breslau).

---

30) O. Chiari. Beitrag zur Kenntnis des Baues der sog. Sängerknötchen.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XI. p. 415.)

C. spricht sich auf Grund einer großen Reihe von histologischen Untersuchungen der Sängerknötchen dahin aus, dass die letzteren drüsenfrei seien, also auch nicht von den Drüsen ausgehen könnten.

Manasse (Straßburg i/E.).

---

31) E. Tschudy. Über Behandlung akuter Trachealstenose durch Trachealintubation.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIV. Hft. 1.)

Unter einer großen Reihe von Kropfoperationen kommen immer einige vor, bei welchen wegen hochgradiger Dyspnoë oder plötzlicher Knickung der Luftröhre im Verlaufe der Strumektomie der Luftröhrenschnitt nothwendig wird. Dieser kann aber — wie in einem vom Verf. näher beschriebenen Falle — so schwierig werden, dass seine exakte Ausführung zu lange dauert, eine rasche Durchtrennung des blutreichen Kropfes aber die Eröffnung der Luftröhre illusorisch macht, so dass der Pat. auf jeden Fall verloren ist. Bei einer solchen Kranken half sich T. dadurch, dass er bei der Knickung der Luftröhre während der Operation schnell noch eine Magensonde in dieselbe einführte. Diese Methode der Intubation rettete der Kranken das Leben, und Verf. kann das Verfahren für alle diejenigen Fälle empfehlen, in welchen es sich um einen durch innerhalb kürzerer Zeit zu beseitigende oder spontan vorübergehende Ursache bedingten theilweisen oder gänzlichen Verschluss von Kehlkopf oder Luftröhre handelt. In diesen Fällen dürfte es die Tracheotomie überflüssig machen und verdrängen. Die Athmung erfolgt durch die Sonde in ungehinderter Weise. Das längere Liegenlassen der natürlich festen Sonde hat keine Schädlichkeit für die Luftröhre.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

32) L. Ölsner. Anatomische Untersuchungen über die Lymphwege der Brust mit Bezug auf die Ausbreitung des Mammacarcinoms.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIV. Hft. 1.)

Der Verlauf und die Ausbreitung der Lymphwege der Brustdrüse hat in den letzten Jahren ganz besonders auch von Seiten der Chirurgen eine eingehende Berücksichtigung gefunden. Die Studien darüber haben namentlich durch die Arbeiten von Heidenhain, Rotter u. A. speciell die operative Behandlung und Prognose des Mammacarcinoms beeinflusst. Trotzdem ist über dieses Gebiet der Anatomie noch keine absolute Einigkeit erzielt, und es ist gewiss dankenswerth, dass Verf. neue Beobachtungen zu sammeln bestrebt war. Er hat dieselben an den Leichen Neugeborener gemacht und hat sich dabei der Gerota'schen Injektionsmethode als der zweck-

mäßigsten bedient. Alle wichtigen Fragestellungen hat Ö. zu beantworten versucht. Neben einer Reihe nicht unwesentlicher Nebenbefunde, welche die Anatomie der Brustdrüse und Funktion der Lymphdrüsen betreffen, sind die wichtigsten Hauptergebnisse nach Verf.s eigener Zusammenstellung etwa folgende:

1) Die Milchdrüse sendet 2, selten 3 starke Lymphgefäße zu der an und unter dem lateralen Rande des M. pectoralis major in Höhe des 2.—3. Interkostalraumes gelegenen Gruppe der Glandulae lymph. thoracales ant. und durch diese dann weiter in die Glandulae subpector. und subclaviae, nicht supraclaviculares, zum Truncus subclavius, der gewöhnlich als starker Lymphstamm im 1. Interkostalraum zwischen M. subclavius und Vena subclavia, also ventral von letzterer oralwärts läuft und schließlich entweder direkt oder nach Passirung einer Glandula cervicalis profunda inferior in den Angulus venosus mündet.

2) Die Gruppe der Glandulae thorac. ant. lässt sich topographisch von den anderen in der Axilla liegenden Lymphdrüsengruppen beim normalen Neugeborenen trennen, in praktischer Hinsicht aber nicht.

3) Die von Heidenhain, Rotter etc. mit Carcinomzellen embolisirt gefundenen Lymphgefäße, die den Pector. maj. und die M. intercostales perforiren, sind eben so normale Abzugswege der Lymphe der Mamma wie die axillären, stehen allerdings letzteren an Zahl und Mächtigkeit des Lumens nach.

4) Im Pector. maj. entspringende Lymphgefäße lassen sich nicht mit Sicherheit nachweisen.

5) Im subkutanen Fettgewebe wurzelnde Lymphgefäße konnten nicht nachgewiesen werden.

Die Prognose des Brustkrebses ist auch schon vor Verwachsung der Geschwulst mit der Umgebung wegen der zahlreichen Lymphwege aus der Drüse ungünstig. Doch räth Verf., die Indikationen zum operativen Vorgehen nicht einzuschränken, da beim Carcinom ähnlich wie bei septischen Erkrankungen neben der Virulenz auch die Quantität des inficirenden organisirten Virus eine Rolle spielt. Bei jeder auch noch so frühen Operation bleibt wohl noch eine gewisse Giftmenge zurück, doch ist der Organismus im Stande, eine bestimmte Quantität pathogenen Materials zu vernichten. In jedem Falle scheint Verf. die radikalste Methode erforderlich, und ist empfehlenswerth, den Sternaltheil des Pector. maj. und den Pector. minor mit fortzunehmen. Falls der Process weiter fortgeschritten ist, soll man das Schlüsselbein temporär reseciren, damit die Metastasen in den Supraclaviculardrüsen entfernt werden können.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).



33) **P. Tillaux** et **P. Riche.** La ligature de l'aorta abdominale. (Recueil d'observations; Examen des faits experimenteux, cliniques et chirurgicaux).

(Revue de chir. 1901. No. 1—3.)

Verff. hatten gelegentlich einer Operation wegen rapid wachsenden diffusen Aneurysmas der linken Leistengegend die Aorta unterbunden, ein seltener, in diesem Falle unbeabsichtigter Eingriff, welcher sie veranlasste, eine litterarische Umschau zu halten, die von großem Interesse ist. Sie stellten 13 Fälle — davon 12 veröffentlichte — zusammen, aus denen ersichtlich zu sein scheint, dass der Eingriff vorläufig zu den allerbedenklichsten gehört; denn sämmtliche 13 Operirte sind erlegen. Es erhebt sich die Frage, ob eine Operation, die bisher stets tödlich verlief, überhaupt innere Berechtigung habe?

Dies zu entscheiden, haben Verff. die mitgetheilten Fälle genau geprüft, so wie ferner die hierauf bezüglichen Thierexperimente eingehendem Studium unterzogen. Folgendes sei als Ergebnis dieser Untersuchungen kurz angegeben.

Die Unterbindung der Aorta abdominalis ist experimentell an Hunden, Katzen und Kaninchen mehrfach geübt worden; von letzteren wurde sie sehr schlecht, von Hunden relativ gut vertragen, wenn der Eingriff unter den nöthigen Vorsichtsmaßregeln der Asepsis ausgeführt wurde. Die zuerst vorhandene Paraplegie der unteren Extremitäten schwindet bis etwa zum anderen Morgen; die Kollateralen füllen und verstärken sich relativ schnell. Es sind dies weniger die Epigastricae, als besonders die Artt. lumbales und mesentericae. Gangrän ist nicht eingetreten.

Wenn daher aus dem Thierexperiment die Aortenunterbindung als durchführbar erhellt, so sprechen auch pathologische Beobachtungen im gleichen Sinne: die Obliteration der Aorta an der Bifurkation, sei es durch Gerinnsel, sei es durch außerhalb des Gefäßsystems liegende Ursachen; bei Menschen hat man sie als zufälligen Obduktionsbefund entdeckt; bei den Pferden ist sie ein öfter beobachtetes Ereignis, für welches besonders intermittirendes Lahmen (Hinken) bezeichnend ist.

Endlich geht aus den zum Theil vollständig im Original mitgetheilten Krankengeschichten mit genügender Deutlichkeit hervor, dass es weder die Überbürdung des Herzens, noch Stauung im Gehirn oder Anämie des Rückenmarkes, noch endlich die etwa befürchtete Gangrän ist, die in allen bisher operirten Fällen zum Tode führte; sondern im Wesentlichen war es die Infektion (sei es als septische Peritonitis oder allgemeine Septhämie oder Gangrän der Gefäßwand und Nachblutung), beziehentlich das erfolglos bekämpfte Leiden selbst.

Man darf daher wohl den Verff. beistimmen, wenn sie einerseits die Thierversuche wiederholt wissen möchten, andererseits schon

ohnedies der Ansicht zuneigen, dass in Zukunft die Unterbindung der Aorta als berechtigter Eingriff mit günstigem Erfolge wird ausgeführt werden.

Christel (Metz).

Kleinere Mittheilungen.

(Aus der chir. Abtheilung des städt. Krankenhauses Moabit-Berlin. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Sonnenburg.)

Zur retrograden Bougirung des Ösophagus.

Von

Dr. **W. Merkens**, Assistenzarzt.

Den schwierigsten Theil dieser Therapie bildet nicht selten das Hindurchbringen des Fadens durch die verengte Speiseröhre. Wenn auch zahlreiche Methoden angegeben sind, so dürfte doch der folgende Fall von Interesse sein[1].

Es handelte sich um außerordentlich enge Strikturen in Folge einer Ammoniakverätzung. Die oberste befand sich hinter dem Kehlkopfe. Indessen gelang es bisweilen, diese vom Munde aus zu bougiren. Wir kamen sogar bis in die Gegend der Cardia. Hier befand sich die engste Stelle und trafen selbst feinste Sonden auf ein unüberwindliches Hindernis. Der Kranke konnte nur zeitweise dünne Flüssigkeiten in geringen Quantitäten zu sich nehmen und musste zum großen Theil per rectum ernährt werden. Er kam um so mehr herunter, als sich Lungen- und Pleuraerscheinungen hinzugesellten. Diesem bedauernswerthen Zustande wurde durch die Gastrostomie ein Ende gemacht. Die Operation wurde von meinem Chef zweizeitig und in der einfachsten Weise ausgeführt: Schrägschnitt, Einnähung des Magens; nach 3 Tagen Eröffnung mit dem Thermokauter. Die Fistel schloss um den eingeführten Katheter von Anfang an ausgezeichnet.

Wir warteten nun zunächst einige Wochen ab, theils um den Ernährungszustand zu heben, theils um zu sehen, ob durch die völlige Ruhigstellung die Speiseröhre wieder wegbar werden würde. Als letzteres nicht eintrat, schritten wir zur Einleitung der retrograden Bougirung. Nun kam die Schwierigkeit. Der Pat. war nicht im Stande ein Schrotkorn zu verschlucken, trotzdem er sich die größte Mühe gab; das Schrotkorn blieb stets oberhalb der ersten Striktur liegen.

Folgendes Verfahren führte zum Ziele. Wir warteten einen Zeitpunkt ab, wo der obere Theil der Speiseröhre für eine dünne Sonde passirbar war. Das Ende der Sonde wurde eingekerbt und aus dem Seidenfaden in der Nähe des Schrotkorns eine kleine Schlinge formirt. Nun wurde die Sonde, mit dem Seidenfaden armirt, in die Speiseröhre eingeführt, so weit es möglich war. Beim Zurückziehen streifte sich die Schlinge ab und blieb das Schrotkorn im Ösophagus liegen. Nun ging aber nach Sondirungsversuchen das Schlucken gewöhnlich ganz besonders schlecht. So auch dieses Mal. Pat. brachte fast gar kein Wasser hinunter. Es blieb daher nichts anderes übrig, als das Schrotkorn liegen zu lassen. Das aus dem Munde ragende Ende des Seidenfadens wurde mit Heftpflaster an die Stirn befestigt. So vergingen 3 Tage. Allmählich aber gelang das Schlucken wieder etwas besser, und endlich am 4. Tage glitt das Schrotkorn in den Magen. Der Magen wurde mit Wasser gefüllt und dieses, nachdem der Pat. in Knie-Ellbogenlage gebracht war, wieder abgelassen. Dabei wurde der Faden aus der Fistel herausgespült.

Die weitere Behandlung war die übliche mit Schläuchen. Wenn es uns auch nicht gelungen ist, in 3—5 Wochen, wie es nach v. Hacker (Handbuch der praktischen Chirurgie) die Regel ist, eine erhebliche Dilatation zu erzielen, so war der Erfolg dennoch außerordentlich befriedigend.

Der Fall wird in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie von anderer Seite ausführlich mitgetheilt werden.

[1] Der Pat. wurde von Sonnenburg am 8. Juli d. J. in der Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins vorgestellt.

34) **A. J. Pospelow.** Syphilis der Enkelin.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LV. Hft. 2.)

Noch immer ist es eine Streitfrage, ob die Syphilis »bis ins 3. Geschlecht« vererbt werden kann, d. h. ob hereditär syphilitische Eltern syphilitische Kinder zeugen können. In neuester Zeit wird speciell in Frankreich von »Dystrophien« gesprochen, welche auf Vererbung hereditärer Lues beruhen sollen — aber sehr sicher sind alle diese Angaben noch nicht. P. scheint freilich von ihrer Richtigkeit überzeugt zu sein. Wichtiger als die allgemeinen Betrachtungen ist der Fall, den er veröffentlicht. Ein 13jähriges Mädchen von schwächlichem Körperbau hatte außer Hutchinson'schen Zähnen eine Perforation des Nasenseptums und ein gummöses Geschwür am Gaumen (Heilung durch specifische Behandlung; zugleich wesentliche Hebung des Allgemeinbefindens, stärkeres Wachsthum). In der Familie scheinbar nichts; zahlreiche Geschwister gesund. Vater und Mutter sollen nie Lues gehabt haben — dagegen hatte der Vater, ein stattlicher Mann, Hutchinson'sche Zähne; sein Vater soll sicher ein Syphilitiker gewesen sein. Daraus schließt der Verf., dass dieses Kind eine »syphilitische Enkelin« war. Wirklich bindend ist wohl auch dieser Schluss nicht, trotzdem die Beobachtung sehr interessant und auffallend ist. **Jadassohn** (Bern).

35) **M. Clinton.** Fractures of the nose.

(Buffalo med. journ. 1901. Juni.)

Auf Grund von 50 eigenen und sonst mitgetheilten Fällen von Nasenfraktur ist Verf. der Ansicht, dass Dislokation und Fraktur des Septumknorpels und der Triangularknorpel die häufigste Form der Nasenbrüche sei. Die einzelnen Frakturformen werden genauer beschrieben. Zur Stellung der genaueren Diagnose cocainisirt Verf. die Nasenschleimhaut; die Korrektion der Dislokation geschieht möglichst bald durch feste Tamponade; und zwar soll, besonders wenn ein äußerer Verband nothwendig ist, in den ersten Tagen überkorrigirt werden.

Bei Frakturen des Siebbeines, speciell der Lamina perpendicularis, sah Verf. mehrfach eine infektiöse Thrombophlebitis, welche durch die Lamina cribriformis auf das Gehirn fortschritt. Bei einer schweren, komplicirten Gesichtsverletzung in Folge Eisenbahnunfalles bildete die linke Nasenhälfte mitsammt Nasenbein und Oberlippe die Spitze eines großen, abgelösten Weichtheillappens. Es bestand leichte Hirnerschütterung, der Vomer war zermalmt, die Lamina perpendicularis des Siebbeines zersplittert, die Lamina cribriformis gebrochen und gegen das Gehirn vorgetrieben. Nach Entfernung mehrerer Splitter Einführung des Fingers in die vordere Schädelgrube und Reposition des vorgeschobenen Bruchstückes; Tamponade der Wundhöhle, weiterer Verlauf ohne Infektion; die Hirnerscheinungen schwanden nach einigen Tagen.

In einem weiteren Falle sah Verf. nach Hufschlag gegen die Nasengegend im Verlaufe einiger Monate eine ausgedehnte Periostitis beider Nasenbeine und Oberkiefer eintreten. **Mohr** (Bielefeld).

36) **A. Sundholm.** Beitrag zur Kenntnis der Knochenblasen in der mittleren Nasenmuschel.

(Archiv für Laryngologie u. Rhinologie Bd. XI. p. 382.)

Die Arbeit giebt die Krankengeschichten von 3 Fällen mit Knochenblasen der mittleren Muschel, denen die mikroskopischen Untersuchungen der exstirpirten Theile angeschlossen werden. Die Ansicht des Verf. über die Entstehung dieser Knochenblasen ist mir nicht klar geworden; es ist ihm wahrscheinlich, »dass hier Siebbeinzellen vorhanden sind, welche den Platz der mittleren Muschel eingenommen haben«. **Manasse** (Straßburg i/E.).

37) **Pantaloni** (Marseille). Trois cas de restauration du nez dans l'acné hypertrophique.

(Arch. prov. de chir. 1901. No. 4.)

P. hat bei 3 durch hypertrophische Acne der Nase außerordentlich entstellten Herren mit bestem Erfolge operirt, sowohl bezüglich der Dauerheilung, als auch

der Plastik. Die Photographien vor und nach der Operation beweisen das in der That. In Chloroformnarkose schneidet er mit der Schere die hypertrophischen Partien vollständig bis auf den Knorpel weg. Er hat in keinem der Fälle einer besonderen Rhinoplastik bedurft. Seine Überzeugung ist daher, dass es ganz fehlerhaft ist, Leute mit einem so entstellenden Leiden anders als chirurgisch zu behandeln. (Vor 40 Jahren von B. v. Langenbeck mit Erfolg ausgeübt. Richter.)

P. Stolper (Breslau).

38) **P. Radzich.** Ein Fall von Zungenabscess, durch Peritonsillitis abscedens hervorgerufen.

(Med. Obosrenje 1900. December. [Russisch.])

R. traf in einem Falle diese seltene Komplikation. Es handelte sich um Peritonsillitis anterior sin., worauf sich am linken Rande der Zungenbasis ein Abscess bildete; letzterer wurde gespalten; der Mandelabscess brach von selbst auf.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

39) **M. v. Kryger.** Eine seltenere Geschwulstbildung in der Zunge (Endotheliom).

(Sonderabdruck aus der Festschrift der Universität Erlangen zum 80. Geburtstage des Prinzregenten Luitpold 1901.)

Verf. theilt den genauen histologischen Befund einer Geschwulst mit, die sich bei einer 31jährigen Frau im hinteren Abschnitte der linken Zungenhälfte entwickelt hatte. Die Schleimhaut war unversehrt, der kirschgroße, längliche Geschwulstknoten von derber Konsistenz, innerhalb der Zunge nicht zu verschieben, die Umgrenzung nicht sehr scharf, Drüsen nicht vergrößert. Bei der Entfernung der Geschwulst (vom Kocher'schen Schnitt aus) ergab sich, dass die Wucherung nach verschiedenen Seiten hin Ausläufer in die Zungenmuskulatur aussandte. Heilung; nach 1 Jahre noch kein Recidiv.

Auf der Schnittfläche zeigte der Knoten ein Netzwerk glasig erscheinender, erhabener Leisten, in den Zwischenräumen lag weiches, etwas dunkler gefärbtes Gewebe. Das mikroskopische Bild war auf den ersten Anblick das einer Struma, resp. an einzelnen Stellen das eines Alveolärcarcinoms, die genauere Untersuchung ergab jedoch, dass die epitheloiden Zellen ihren Ausgang nahmen von den glatten Zellen, welche die Spalten des Bindegewebes und die Innenwand der Lymphgefäße auskleiden. Es handelte sich also um ein Endotheliom. Besonders das Bindegewebe, weniger die Geschwulstzellen waren eigenartig schleimig-hyalin entartet. Der innige Zusammenhang zwischen Endothel und Bindegewebe in der Geschwulst weist darauf hin, dass beide Elemente aus einer gemeinsamen Anlage, dem Mesenchym, entsprungen sind. Aus der Litteratur werden 4 gleichartige Fälle kurz berichtet. Hiernach scheint den Zungenendotheliomen gemeinsam zu sein: 1) Der Sitz am Grunde der Zunge. 2) Das Erhaltenbleiben der Schleimhaut. 3) Das langsame Wachsthum. Die Geschwülste sind nicht immer gutartig, Recidive treten zuweilen auf, und die Wucherung kann, allerdings verhältnismäßig spät, einen mehr diffusen sarkomatösen Charakter annehmen (2 Tafeln).

Mohr (Bielefeld).

40) **Catterina.** Studio clinico e anatomo-patologico di un emoangiosarcoma periteliale (cilindroma) del velo pendolo.

(Policlinico 1901. No. 6.)

Hühnereigroße, nachweisbar seit 4 Jahren bestehende Geschwulst der linken Gaumensegelhälfte. Mikroskopisch: Angiosarkom mit starker hyaliner Entartung einerseits des spärlichen Zwischengewebes, andererseits der Zellschläuche. 11 mikroskopische Figuren.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 38. **Sonnabend, den 21. September.** **1901.**

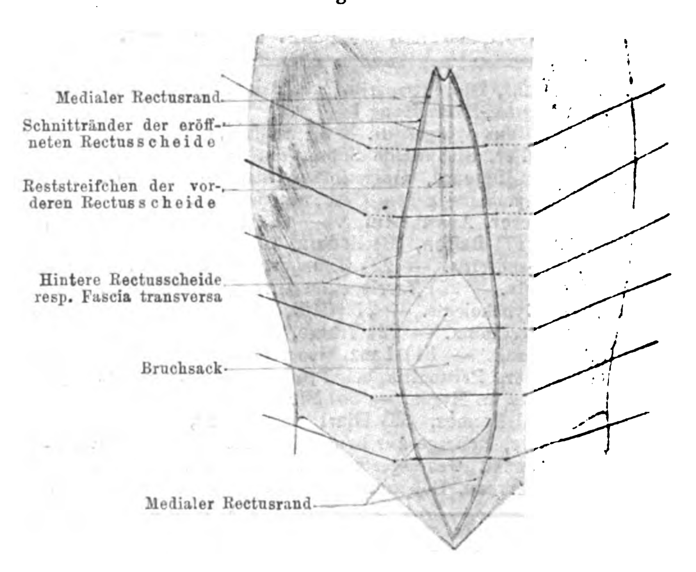
Die extraperitoneale Radikaloperation medianer Bauch- und Bauchnarbenbrüche.

Von
A. Hammesfahr in Bonn.

Ich habe vor einigen Monaten in diesem Blatte (1901 No. 10) eine Methode beschrieben, mit der es mir gelang, einen schon 9mal vergeblich operirten medianen Bauchnarbenbruch von ganz enormer Größe zu beseitigen. Da ich nun inzwischen noch mehrere mediane Bauch- und Bauchnarbenbrüche nach demselben Verfahren und mit demselben Erfolge operirt habe, und da uns ferner eine Methode, die eine sichere Heilung dieser Brüche verbürgt hätte, bisher nicht zu Gebote stand, so möchte ich es nicht unterlassen, den Fachkollegen das Verfahren, das ich inzwischen in einem Punkte wesentlich mo-

dificirt und wohl auch vereinfacht habe, zur Nachprüfung zu empfehlen. Die Operation verläuft folgendermaßen: Man präparirt einen vom Schwertfortsatz bis zur Symphyse reichenden ovalen, in der Mitte möglichst breiten Hautlappen mit dem subkutanen Fett ab. Damit entblößt man den Bruchsack von seiner häutigen Hülle, ohne dass man ihn eröffnet; natürlich ist an den Stellen, wo die äußere Bruchsackhülle nur aus dünner Hautnarbe besteht, vorsichtiges Abpräpariren geboten. Bei genügender Vorsicht wird es dann kaum passiren, dass man den Bruchsack eröffnet; sollte es aber einmal »nicht zu vermeiden« gewesen sein, so schließt man die Öffnung durch einige feine Nähte wieder. Ist nach Abpräpariren des Lappens die vordere Rectusscheide noch nicht in ihrer ganzen Breite freigelegt, so präparirt man beiderseits die Bauchhaut mit dem subkutanen Fett noch

Fig. 1.

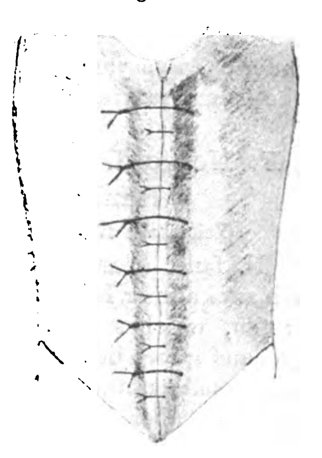


weiter ab, wenigstens bis zu den lateralen Rectusrändern, am besten noch etwas darüber hinaus. Für die später anzulegende Naht ist es nun durchaus erforderlich, dass man einige Finger der linken Hand unter den Rectus schieben kann. Ich habe dazu in meinem ersten Falle das parietale Peritoneum von der Hinterfläche der Recti abgedrängt resp. abpräparirt; da das aber bei den Bauchnarbenbrüchen recht mühsam und schwierig sein kann, so verfahre ich jetzt folgendermaßen: Man eröffnet an irgend einer Stelle die Rectusscheide am medialen Rande; ist der mediale Rectusrand nicht deutlich durchzufühlen, so wird man ihn durch eine kleine Querincision im Bereiche der vorderen Rectusscheide leicht auffinden. Nun dringt man mit einem Finger durch die Incisionsöffnung in die Rectusscheide ein, und zwar zwischen hintere Muskelfläche und hintere Rectusscheide,

und spaltet auf dem nach oben und unten gleitenden Finger die Rectusscheide am medialen Rande in ihrer ganzen Länge. Hat man das — in wenigen Sekunden — sowohl am linken wie am rechten Rectus gemacht, so liegen beide Muskelbäuche, bedeckt von der vorderen Rectusscheide, übersichtlich und vollkommen zugänglich in ihrer ganzen Länge frei. Damit ist der erste Theil der Operation beendet, und es folgt die leicht und schnell auszuführende Naht, durch die die Recti so an einander gebracht werden, dass die medialen Ränder nach der Bauchhöhle zu — ähnlich wie bei der Lembert'schen Naht die Darmwundränder nach dem Darmlumen zu — sich umlegen.

Fig. 1 zeigt die anatomischen Verhältnisse in diesem Stadium der Operation. Durch die Eröffnung der Rectusscheide wird die Diastase der Recti noch etwas stärker; dabei wird die vordere Rectusscheide etwas mehr seitwärts gezogen als der Muskel selbst, so dass dieser — wie es die Figur zeigt — mit seinem medialen Rande unter dem Schnittrande der vorderen Rectusscheide hervortritt.

Fig. 2.



Zur Naht nimmt man große und — zur Vermeidung aller Nebenverletzungen — nicht zu spitze Nadeln und starken, aber weichen und schmiegsamen Silber- oder versilberten Aluminiumbronzedraht. Die Nadel wird am lateralen Rectusrande eingestochen, gleitet an der Hinterfläche des Muskelbauches auf den zwischen diesem und hinterer Rectusscheide eingeführten Fingern der linken Hand medianwärts und wird an der Grenze zwischen mittlerem und innerem Drittel durch Muskel und vordere Scheide wieder ausgestochen. Dann macht sie auf der anderen Seite den umgekehrten Weg (cf. Fig. 1). 5—6 derartiger Drahtriegel genügen vollkommen, um die Recti so an einander zu bringen, dass man mit der Fingerkuppe kaum noch zwischen die nach der Bauchhöhle zu umgelegten medialen Ränder eindringen kann. Man ist überrascht, mit welcher Leichtigkeit sich in der geschilderten Weise die ad maximum aus einander stehenden Recti wieder an einander bringen lassen. Hat man sich überzeugt, dass alle Riegel gut schließen — gewöhnlich muss man nach dem Zuziehen der letzten Riegel die ersten noch etwas fester schnüren — so legt man zwischen je 2 Riegel noch eine oberflächliche — Fascie und Muskel fassende — Drahtnaht (cf. Fig. 2). Drainage mit einem kurzen Drain auf jeder Seite und Naht der Bauchhaut schließen die Operation.

Wir haben in letzter Zeit auch einfache Rectusdiastasen bei hochgradiger Enteroptose nach derselben Methode operirt und haben

damit — was Bandagen nicht vermocht hatten — eine Beseitigung der Beschwerden erreicht. Natürlich ist bei der Neuheit der Fälle über den Erfolg der Operation noch kein definitives Urtheil abzugeben.

---

1) **A. Christomanos.** Zur Farbstoffproduktion des Bacillus pyocyaneus.

(Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XXXVI.)

Im Gegensatze zu anderen Autoren sollen nach Verf. zwei sowohl morphologisch wie biologisch von einander getrennte Rassen des Bacillus pyocyaneus existiren, deren nahe Verwandtschaft jedoch unter Anderem auch dadurch bewiesen wird, dass bei Eliminirung der Phosphorsäure aus den Kulturmedien beide Rassen Pyocyanin produciren. Der Bacillus pyocyaneus α bereitet keinen blauen Farbstoff, sondern nur eine blaue, rasch grün werdende Fluorescenz, während der Bacillus pyocyaneus β Pyocyanin bildet.

Das Pyocyanin entsteht aus einer Leukosubstanz durch Sauerstoffzufuhr, ohne dass hierzu die Mitwirkung von lebenden Bacillen nothwendig ist; dessgleichen auch unter Abschluss von Sauerstoff. Weder das Pyocyanin selbst, noch dessen Leukosubstanz wird durch hohe Temperaturen zersetzt. **Hübener** (Dresden).

---

2) **F. Neufeld.** Über die Erzeugung von Erysipel am Kaninchenohr durch Pneumokokken.

(Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XXXVI.)

N. fand, dass der Fränkel'sche Pneumococcus im Stande ist, nach subkutaner Injektion am Kaninchenohr daselbst ein Bild hervorzurufen, welches dem durch Streptokokken verursachten Erysipel durchaus gleich ist. Nur bei sehr starker Entzündung unterscheidet sich dasselbe mitunter durch eine viel stärkere ödematöse Schwellung, ohne dass aber hieraus eine principielle Trennung zu rechtfertigen wäre.

Petruschky konnte für eine Reihe von Stämmen des Bacterium coli dasselbe Verhalten nachweisen. **Hübener** (Dresden).

---

3) **Schütze** und **Scheller.** Experimentelle Beiträge zur Kenntnis der im normalen Serum vorkommenden globuliciden Substanzen.

(Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XXXVI.)

Die Frage, ob und in wie weit die baktericiden Eigenschaften des extravaskulären Serums durch bakterielle Infektion am lebenden Thiere berührt werden, versuchten die Verff. in der Weise zu lösen, dass sie an Stelle der baktericiden die globuliciden Eigenschaften des Serums zu dieser Prüfung verwertheten. Diese Wirkung des

Blutserums, die schon von Buchner erkannt war, ist in letzter Zeit durch die bekannten Arbeiten von Bordet, Ehrlich und Morgenroth u. A. genauer studirt worden.

Da eine vollständige Analogie zwischen globuliciden und baktericiden Substanzen besteht, so können aus den nachstehend wiedergegebenen Resultaten Rückschlüsse auf die analogen Schicksale der baktericiden Substanzen gezogen werden.

1) Die im normalen extravaskulären Kaninchenserum für das Ziegenblut vorhandenen globuliciden Substanzen werden bereits in der ersten Viertelstunde nach der intravenösen Injektion genügend großer Mengen von rothen Ziegenblutkörperchen aufgebraucht.

2) Dieses Verschwinden der globuliciden Wirkung des extravaskulären Kaninchenserums nach der Einspritzung von Ziegenblut ist auf einen Verbrauch des entsprechenden Komplements im Thierkörper zurückzuführen.

3) Der Wiedereintritt der Regeneration der globuliciden Substanzen erfolgt im Durchschnitt in den ersten 2—4 Stunden nach der Injektion. **Hübener** (Dresden).

---

4) **G. A. Cipriani.** Über die Resultate einiger experimenteller und klinischer Untersuchungen über das Amyloform.

(Monatshefte für praktische Dermatologie und Syphilis Bd. XXXI. No. 8.)

C. hat konstatirt, dass eine Injektion von 10%iger Amyloform-Glycerinemulsion Meerschweinchenkadaver vor dem Faulen schützt, dass Staphylo- und Streptokokken sich auf Amyloform-Glyceringelatine nicht entwickelten, etc. Sehr günstige Resultate hat er bei Abscessen, Geschwüren, Verbrennungen, Wunden und endlich bei Otorrhoe mit Amyloform (theils als Gaze, theils als Pulver) erzielt. Es ersetzt nach C. das Jodoform auf das vortheilhafteste und besitzt dessen unangenehme Eigenschaften nicht. **Jadassohn** (Bern).

---

5) **P. Delbet** et **L. Bigeard.** Asepsie opératoire.

(Suite de monographies cliniques sur les questions nouvelles en medecine, en chirurgie, en biologie No. 25.)

Paris, **Masson & Co.,** 1901. 36 S.

Die Arbeit beschäftigt sich mit den Methoden der Asepsis. Nach kurzem historischen Überblick werden im ersten Theile die Mittel besprochen, welche auf physikalischem Wege eine Asepsis anstreben: trockene Hitze, kochendes Wasser mit oder ohne Zusatz von Soda oder anderen Salzen, Glycerin, Öl, Wasserdampf mit oder ohne Druck. An die Besprechung des Einzelnen knüpft sich eine kurze Kritik. Der zweite, Haupttheil, behandelt zunächst die äußeren großen Hilfsmittel, die dem modernen Chirurgen zu Gebote stehen sollen. Dabei wird nicht verkannt, dass die guten Resultate des einzelnen Chirurgen nicht im direkten Verhältnis stehen zur Vollkommenheit seiner Einrichtung.



Auf die Einzelheiten hier weiter einzugehen, ist nicht angängig. Im Allgemeinen decken sich die gestellten Anforderungen an den Operationsraum, an das Mobiliar desselben, an den Anstrich etc., mit denen, welche jetzt überall gestellt werden. Es verdient betont zu werden, dass die deutsche Litteratur in hervorragender Weise benutzt worden ist; wohl alle wichtigeren älteren und neueren Arbeiten auf diesem Gebiete sind in der Monographie herangezogen; so besonders die Arbeiten von Schimmelbusch, v. Mikulicz, Döderlein, Fürbringer und vielen Anderen.

In erschöpfender Weise wird das chirurgische Material besprochen, Kompressen, Schwämme, Unterbindungs- und Nahtmaterial. Beim Katgut wird das Verfahren von Roux empfohlen, die Sterilisation in Alkoholdämpfen. Zur Kontrolle wird empfohlen, das Naht- und Unterbindungsmaterial einige Tage lang in hermetisch verschlossenen Tuben mit steriler Nährbouillon aufzubewahren; bleibt die Bouillon klar, so ist auch das Katgut etc. absolut steril.

Den größten Raum nimmt die Besprechung der Desinfektion der Hände und des Operationsgebietes ein; doch ist auch hier nichts Neues zu berichten.

Bei der Frage der Handschuhe stehen Verff. auf dem Standpunkte, dass dieselben nur zum Schutze der Hände bei septischen Operationen und unsauberen Untersuchungen gebraucht werden sollen, ferner bei Operationen, welche bald auf andere, septische Eingriffe folgen, wenn der Operateur an Rhagaden, Ekzem o. dgl. leidet und sich nicht genügend desinficiren kann; endlich bei Operationen, welche keine Zeit zu längerer Vorbereitung gestatten, wie Tracheotomie, Wunden, Hämorrhagien, bei der Geburtshilfe und Ähnlichem. **Tschmarke** (Magdeburg).

---

6) **P. G. Unna.** Alkoholstifte (Stili spirituosi).

(Monatshefte für praktische Dermatologie und Syphilis Bd. XXXI. No. 11.)

Zur »diskontinuirlichen« Sterilisation oberflächlicher Hautinfektionen mit Kokken (Impetigines, Acne pustulosa etc.) empfiehlt U. häufige Betupfung mit den von ihm angegebenen (in der Schwanenapotheke in Hamburg erhältlichen) Alkoholstiften: Natr. stearinici 6,0, Glycerin 2,5, Alkohol ad 100,0. **Jadassohn** (Bern).

---

7) **K. Ullmann.** Über die Heilwirkung der durch Wärme erzeugten lokalen Hyperämie auf chronische und infektiöse Geschwürsprocesse.

(Wiener klin. Wochenschrift 1901. No. 1.)

Bei venerischen Affektionen der Haut der männlichen Geschlechtstheile, specifischen Infiltrationen der Muskeln, des Periosts, und der Gelenkapparate, wie auch bei sonstigen Geschwürsprocessen akut infektiöser oder chronischer Natur, ganz besonders aber bei

serpiginösen Schankern und beginnender Gangrän hat sich dem Verf. in zahlreichen Fällen die aktive Hyperämisirung durch Heißluftbehandlung nach Bier aufs beste bewährt. **Hübener** (Dresden).

---

8) **Thöle** (Frankfurt a/M.). Allgemeine Narkose und lokale Analgesie. Eine neue Äthermaske.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1901. Januar-Heft.)

Der hier vorliegende Aufsatz sucht einen vollständigen Überblick über den heutigen Standpunkt der Narkosefrage zu geben und die Allgemeinnarkose mit der örtlichen Anästhesie in Vergleich zu stellen. Trotz der nicht in Abrede zu stellenden Gefahren der allgemeinen Narkose gebührt ihr dennoch der Vorzug in den meisten Fällen, da nur sie allein für den Kranken und Operateur die nöthige Ruhe herstellt.

Die Gefahren des Äthers sind geringer als die des Chloroforms; sie bestehen nur in seiner ungünstigen Wirkung auf die Athemorgane, indem er sowohl akutes Lungenödem, als auch Bronchitiden und Pneumonien hervorbringen soll. Doch werden diese Gefahren übertrieben. Da aber der Äther das Herz nicht ungünstig beeinflusst, verdient er nach T. überall dort den Vorzug, wo nicht eine schon bestehende Lungenaffektion ihn kontraindicirt.

Mischungen verschiedener Narkotica: Äther, Chloroform, Spiritus, sind wegen der verschiedenen Verdunstung dieser Mittel nicht zu empfehlen. Zur Äthernarkose empfiehlt nun T. eine von ihm erfundene Maske, welche in der Rostocker Klinik während dreier Jahre bereits erprobt ist. An einen einfachen Drahtkorb wird mittels einer Feder der Überzug, eine 6fache Gazeschicht mit Wachstaffet bedeckt, in einer Rinne an dem unteren Rande festgeklemmt. Zum Aufgießen des Äthers dient nun ein Paar gewölbter Platten, welche über einander an einem 2 cm weiten Röhrchen befestigt und von diesem noch um 1 cm überragt werden. Das zwischen den beiden Platten liegende Stück des Röhrchens ist mehrfach durchlocht, eben so auch die kleinere Platte, und wird diese Vorrichtung durch eine 24fache etwa 12 cm im Quadrat messende Gazekompresse so hindurch gesteckt, dass letztere zwischen die beiden Platten festgeklemmt und an beliebiger Stelle des Maskenüberzuges innen befestigt wird; das Ende des Röhrchens ragt dann durch den Überzug und den impermeablen Stoff nach außen hervor und wird hier mittels eines dritten Metallplättchens befestigt. Gießt man nun durch das Röhrchen Äther ein, so verbreitet sich dieser in der dicken Gazekompresse. Und zwar werden zunächst aus graduirter Flasche 3—5 ccm Äther aufgegossen, zunächst die Maske handbreit vom Gesicht abstehend gehalten, langsam genähert und erst fest aufgelegt, wenn sich der Kranke an den Geruch gewöhnt hat. Die linke Hand des Narkotiseurs hält den Kopf, schiebt den Unterkiefer vor, fixirt die Maske, während die rechte Hand zum Aufgießen des Äthers, Auswischen



des Mundes u. dgl. frei bleibt. Etwa alle 2 Minuten werden durch den Einguss weitere kleine Mengen von 5—8 ccm verabreicht, bis Betäubung eintritt, was in 7—8 Minuten unter Verbrauch von 50 bis 60 ccm zu geschehen pflegt; zur Unterhaltung der Betäubung wird stets eine neue Dosis angewendet, so wie die ersten Anzeichen beginnender Reaktion auftreten. Neben der Bequemlichkeit der Anwendung werden Gleichmäßigkeit und Ruhe der Narkose, geringes Excitationsstadium, leichtes Erwachen und geringer Ätherverbrauch, mithin auch geringe Nachwehen als Vortheile der Methode hervorgehoben. Athemstockungen wurden niemals beobachtet.

Beim Gebrauche des Äthers soll auch die vorausgeschickte Morphiumanwendung weniger Gefahren bieten, als bei der Chloroformnarkose, da die verflachende Wirkung des Morphiums auf die Athmung weniger zur Geltung komme, weil der Äther die Athmung vertieft. Der Vorzug der Kombination beruht auf der Herabsetzung der Empfindlichkeit der Schleimhäute gegen Ätherdämpfe. Atropinzusatz zum Morphium soll die Schleimhautabsonderung beschränken, ist aber bei Verabfolgung kleinerer Dosen nicht nöthig.

Trotz der geringeren Schädlichkeit des Äthers für das Herz muss man dennoch auch bei seiner Anwendung den Puls neben der Athmung überwachen, weil doch zuweilen Herzstillstand beobachtet ist. Auch Reizung der Nieren ist selten.

So will denn T. den Äther als Narkoticum überall angewendet wissen, auch im Felde. Bei vorhandenen Herzleiden ist er allein erlaubt.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

9) S. O. Goldan. Nitrous oxide and oxygen as a surgical anaesthetic. With a description of a new apparatus for administering these gases and report of 100 operations, the narcosis lasting a half hour and upward.

(Amer. journ. of the med. sciences 1901. Juni.)

Der komplicirte Apparat zur Verabfolgung einer Mischung von Lachgas und Sauerstoff ist nur mit Hilfe der beigegebenen Abbildungen verständlich. Charakteristisch für die Narkose mit diesem Gasgemisch ist das Fehlen der asphyxirenden Wirkung und die Möglichkeit einer langen Unterhaltung der Narkose (bis zu $2^1/_2$ Stunden in den Fällen, über die kurz berichtet wird).

Die Anästhesie tritt in 1—2 Minuten ein unter mehr oder weniger angenehmen Hallucinationen und ohne Erstickungsgefühl. Die Kiefer werden fest auf einander gepresst; es empfiehlt sich daher, einen Pfropfen zwischen die Zähne zu stecken, ehe die Narkose beginnt. Cyanose, wie beim Gebrauch von Lachgas allein, tritt nie auf. Puls und Respiration sind wenig verändert, eher etwas beschleunigt. Die Pupillen sind normal oder etwas erweitert, die Lider geschlossen, die Conjunctivae unempfindlich. Die Perspiration ist, besonders bei längeren Narkosen, profus. Die Erschlaffung

der Bauchmuskeln ist nicht so vollkommen, wie bei Chloroform und Äther. Das Bewusstsein kehrt auch nach langen Narkosen unmittelbar zurück.

Der Chok ist viel geringer als nach Äther- oder Chloroformnarkose. Übelkeit und Erbrechen kommen gelegentlich, besonders nach längeren Narkosen, vor, halten aber selten an. Nicht selten sind mehr oder weniger heftige Kopfschmerzen.

Da sehr große Quantitäten des Gasgemisches zur Narkose nöthig sind, so ist dieselbe die theuerste Narkotisirungsmethode.

R. v. Hippel (Kassel).

---

10) **A. Chipault.** Sur la rachicocaïnisation sousarachnoïdienne et épidurale.

(Méd. moderne 1901. No. 25.)

Vorliegende Arbeit ist ein klassisches Beispiel für die Fähigkeit der Franzosen, neue Gedanken nicht-französischer Forscher nach geringfügiger und unwesentlicher Modifikation der Methode als ihre eigenen auszugeben. So ist nach C. die Methode der Rückenmarkscocainisirung jetzt bereits die »Methode Tuffier's«, die mit der von Bier nichts gemein hat, als eine Idee, die bis dahin nutzlos war und erst durch die Technik Tuffier's ausführbar geworden ist! Schon in No. 28 d. Centralblattes ist in dem Referat über Tuffier's Arbeit von Bertelsmann darauf hingewiesen worden, dass Tuffier selbst über die Technik Bier's durchaus irrthümliche Ansichten hat, und es bedarf für die deutschen Leser daher kaum einer besonderen Feststellung der Thatsache, dass die Darstellung C.'s der wahren Sachlage nicht entspricht. Anstatt über die »Enttäuschung« und »Überraschung« zu klagen, welche die neueste Mittheilung Bier's auf dem letzten Chirurgenkongress der ganzen Welt bereitet habe, hätte C. lieber die Zurückhaltung und nüchterne Selbstkritik des verdienten Forschers anerkennen sollen.

Er selbst geht sehr weit in der Verwerthung des Verfahrens, verwendet es z. B. gegen die gastrischen Krisen eines Tabikers, gegen einen akuten, schmerzhaften Muskelrheumatismus so wie zur Herstellung eines immobilisirenden Verbandes bei einem frischen Trauma der Wirbelsäule mit intrameningealem Bluterguss! Die Wirkung war eine ganz vorübergehende oder blieb überhaupt aus, bezw. es trat bei dem Tabiker erhebliche Verschlimmerung ein; eben so versagte die Methode bei einer Laminektomie Zwecks Resektion einer Nervenwurzel vollständig, sobald die Meningen eröffnet und Liquor nebst Cocain abgeflossen waren. Bei einem Ataktischen wurde Behufs Dehnung des N. plantaris die Methode angewandt; danach folgte für mehrere Tage eine Parese der unteren Extremitäten und Retentio urinae.

Für eine wesentliche Modifikation der Methode hält es C., dass die Punktion nicht im Interstitium zwischen 2. und 3. Lendenwirbel, sondern zwischen letztem Lendenwirbel und Kreuzbein vorgenommen

wird. Man vermeide so eine Verletzung des Rückenmarkes und der Wurzeln. Kontraindicirt ist die Methode, wie ihn seine Misserfolge lehrten, bei Erkrankungen des Rückenmarkes.

Eine wesentliche Verbesserung und die Methode der Zukunft nach Ansicht C.'s ist die von Sicard und Cathelin inaugurirte »Cocainisation épidurale«, die in Trendelenburg'scher Beckenhochlagerung ausgeführt werden soll, wobei die Nadel 5 cm tief zwischen Kreuz- und Steißbein eindringt. **R. v. Hippel** (Kassel).

---

11) **Kammerer.** Erfahrungen mit Cocainanästhesie.

(New Yorker med. Monatsschrift 1901. Januar.)

Verf. hat in 39 Fällen eine spinale Narkose durch Injektion von Cocain in die Lumbalgegend ausgeführt und berichtet über seine Erfahrungen. Im Allgemeinen kommt er zu ähnlichen Resultaten wie Tuffier, Bier u. A. Doch enthält der Bericht eine Menge interessanter Einzelheiten, deren Wiedergabe hier zu weit führen würde. Verf. hat stets mit kleinen Dosen Cocain operirt, indem er 10—15 Tropfen einer 2%igen Lösung einspritzte. Von besonderem Interesse ist, dass er 10 Misserfolge zu verzeichnen hatte. 6mal gelang es ihm nicht, trotz mehrfach ausgeführter Punktion einen Abfluss von Cerebrospinalflüssigkeit zu erzielen. 4mal trat trotz gelungener Punktion und Injektion keine Analgesie ein. In der Mehrzahl der übrigen Fälle reichte dieselbe bis in die Gegend des Schwertfortsatzes; 1mal erstreckte sie sich über den ganzen Körper eines großen, kräftigen Mannes von 30 Jahren. Verf. nimmt eine verschiedene Empfänglichkeit des Menschen für Cocain an.

Nur in wenigen Fällen blieben die bekannten unangenehmen Nebenerscheinungen aus, welche sich mit denen einer gewöhnlichen Cocainvergiftung decken: plötzlich auftretende Blässe, erhöhte Pulsfrequenz, Kleinerwerden des Pulses, Übelkeit, Erbrechen, profuse Schweißsekretion, leises Zittern der unteren Extremitäten bis zu spastischen Kontrakturen derselben und heftige Kopfschmerzen hinterher. Verf. kommt zu dem Schlusse, dass man die spinale Anästhesie bis jetzt mit einiger Sicherheit nur bei Operationen an den unteren Gliedmaßen und am Becken anwenden kann. So hat er 9mal bei Radikaloperation von Leistenbrüchen einen schönen Erfolg gesehen, auch bei Appendicitis, Kolostomie, Nierenschnitt und Blasenoperation. Mit Recht macht er auf die Empfindlichkeit des Bauchfells aufmerksam; die Spannung der Bauchdecken erschwerte zwei Gastroenterostomien sehr.

Verf. mahnt zur Vorsicht bei Beurtheilung und Anwendung der Methode und verlangt, dass dieselbe zunächst nur in größeren Kliniken versucht werde. Bis jetzt gäbe es nur eine strenge Indikation: ein Zustand des Pat., welcher die allgemeine Narkose unmöglich oder doch nicht wünschenswerth erscheinen lässt.

Tschmarke (Magdeburg).



12) S. W. Ssowinski. Über den Gonococcus und das Gonotoxin und ihre Rolle in der Pathogenese der gonorrhoischen Erkrankungen.

Diss., St. Petersburg, 1901. 369 S. (Russisch.)

253 Seiten sind der Geschichte der Lehre vom Tripper gewidmet, 94 dem experimentellen Theile und 22 dem Litteraturverzeichnisse (507 Nummern). Schlussfolgerungen: 1) Gonotoxininjektionen unter die Haut, in die Gebärmutterhörner, die vordere Kammer, den Conjunctivalsack, das Bauchfell rufen Eiterung hervor, an der Hornhaut Ulceration. 2) Die Gonokokkenkörper und die Filtrate flüssiger Gonokokkenkulturen durch Talk haben nur schwache eitererzeugende Wirkung. 3—5) Lang dauernde Erwärmung über 65° C. vermindert die eitererzeugende Wirkung des Gonotoxins, eben so die Sterilisation der Gonokokkenkulturen und die Verdichtung letzterer im luftleeren Raume. 6) Das Gonotoxin wird im Thierkörper zerstört. 7) Es schwächt die Widerstandsfähigkeit der Gewebe. 8) Die Eitermikroben (Staphylococcus albus, Bacterium coli und Bac. pyocyaneus) können die gonorrhoischen Erkrankungen verlängern. 9) Chronische gonorrhoische Erkrankungen können nicht durch das Gonotoxin allein erklärt werden: es sind dann lebende Gonokokken oder Eitermikroben vorhanden. 10) Das Gonotoxin hält sich lange an kalten Stellen, ohne seine Giftigkeit zu verlieren.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

13) L. Leven. Wann können wir die Gonorrhoe als geheilt ansehen?

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LV. Hft. 1.)

14) W. Scholtz. Bemerkung zu vorstehender Arbeit.

(Ibid.)

15) L. Leven. Erwiderung auf die Bemerkung etc.

(Ibid. Bd. LVI. Hft. 2.)

16) W. Scholtz. Welche Gesichtspunkte sind bei der Beurtheilung der Infektiosität chronischer postgonorrhoischer Urethritiden maßgebend? (Zugleich Antwort etc.)

(Ibid.)

Die vorstehenden Mittheilungen knüpfen an die Behauptung L.'s an, dass man, wo in den Urinfilamenten noch Eiterkörperchen vorhanden sind, auch das Vorhandensein von Gonokokken voraussetzen müsse. Wäre das richtig, so wäre in der That die schwierige Frage des Ehekonsenses bei chronischer Urethritis mit einem Schlage gelöst — man brauchte sich mit Gonokokkensuchen nicht aufzuhalten. — Allerdings würden dann die zur Ehelosigkeit verurtheilten Menschen sehr zahlreich werden; denn leukocytenhaltige Fäden sind kolossal häufig und ihre Beseitigung oft enorm schwer, wenn nicht

unmöglich. Mit Recht polemisirt daher S. gegen diesen durch Thatsachen nicht bewiesenen Standpunkt und verlangt nach wie vor die genaueste mikroskopische Untersuchung auf Gonokokken mit Provokation event. mit Kultur. Auf die Einzelheiten der Diskussion braucht hier nicht mehr eingegangen zu werden, denn neue Argumente werden nicht vorgebracht. Die ganze Frage ist in den letzten Jahren genugsam erörtert. Nur die Empfehlung des Karbol-Gentianavioletts für die Ausführung der Gram'schen Methode möchte ich, wie ich das schon an anderer Stelle gethan habe, unterstützen — speciell für den Praktiker ist diese lange haltbare Lösung viel angenehmer als das Anilin-Gentianaviolett. **Jadassohn** (Bern).

---

17) **G. Dalton.** The modern treatment of gonorrhoea.

(Edinb. med. journ. 1901. Juli.)

Für gewisse, ganz im Anfange befindliche Fälle von Tripperinfektion hält D. die Abortivbehandlung für angezeigt; man muss allerdings vorher darauf aufmerksam machen, dass sie sehr schmerzhaft sein und fehlschlagen kann. Zur Behandlung des akuten Stadiums der Gonorrhoe werden Irrigationen erst der vorderen, dann der hinteren Harnröhre und der Blase mit Protargollösungen (Anfangs 1 : 400) sehr empfohlen, da man auf diese Weise dem Pat. mehr Erleichterung verschaffe und ihn schneller heile, als wenn man während des akuten Stadiums von der Lokalbehandlung Abstand nehme. Die Irrigationen sollen, wo möglich, 2mal täglich gemacht und etwa 14 Tage gebraucht werden; dann wechselt man zweckmäßig mit der Methode und geht zu adstringirenden Injektionen über. Auch zur Behandlung der chronischen Gonorrhoe werden Irrigationen neben resp. vor den übrigen sonst üblichen Maßnahmen empfohlen. **Willemer** (Ludwigslust).

---

18) **M. Hodara.** Über das Rasiren des Kopfes bei der Behandlung der Alopecia pityrodes, seborrhoica und praematura.

(Monatshefte für praktische Dermatologie und Syphilis Bd. XXXI. No. 8.)

In mehreren Fällen der oben genannten Formen der Alopecia, die auf keine andere Weise zu heilen waren, hat H. durch mehrmaliges Rasiren (5—10mal, 1—2mal wöchentlich) und gleichzeitige Behandlung mit Kopfwasser, Pommade oder Seife sehr gute Resultate erzielt. **Jadassohn** (Bern).

---

19) **L. Leistikow.** Zur Behandlung des Tripperrheumatismus.

(Monatshefte für praktische Dermatologie und Syphilis Bd. XXXI. No. 12.)

L. behandelt den Tripperrheumatismus mit mehrmals täglich zu wiederholenden sanften Einreibungen mit 10%igem Ichthyolvasogen (impermeabler Verband); die schmerzstillende Wirkung war sehr auffallend. Zugleich innerlich 3mal täglich 10—50 Tropfen von Ichthyol

10,0, Ung. 20,0 in reichlich Wasser nach der Mahlzeit; die Urethra anterior wurde mit prolongirten Einspritzungen von schwachen (0,02%igen) Ichtharganlösungen, die Urethra posterior mit Spülungen (0,02 : 200,0) behandelt.

Diese Behandlung ergab sehr günstige Resultate.

Jadassohn (Bern).

20) **L. Lapeyre.** Essai sur les complications perihepatiques et pleurales de l'appendicite.

(Revue de chir. 1901. No. 4 u. 5.)

Aus den bisherigen Arbeiten über besagten Gegenstand, die im Wesentlichen Dieulafoy, Fodlee, Robinson, Körte u. A. angehören, müssen 2 Formen der Pleuritis nach Appendicitis gesondert werden: eine durch Embolie bezw. durch pyämische Metastasen gebildete, die rechts wie links vorkommen kann, und die eigentliche »Pleurésie appendiculaire«. Letztere ist wohlcharakterisirt und bietet ein recht typisches, vom Autor scharf umschriebenes Bild mit folgenden Eigenschaften:

Sie gehört im Allgemeinen der aufsteigenden Form der Appendicitis an; der Eiter, angehalten in der Beckenschaufel gegen das Vordringen ins kleine Becken, nimmt seinen Weg zwischen Bauchwand und hinterer Fläche des Colon, nicht im retroperitonealen Zellgewebe — wie Körte meint —, sondern rein intraperitoneal bis unter die Leber. Hier stehen ihm zwei Wege offen; entweder der eine oder der andere oder beide werden beschritten, wofür die Litteratur Beispiele bringt. Es kann die Eiterung in dem Raum (carrefour) halt machen, welcher von Leber, Colon, Bauchwand und Wirbelsäule begrenzt wird, als subhepatischer Abscess. Gelegentlich ergießt sich dieser auch durchs Foramen Winslowii in die Bursa omentalis, falls nicht vorher die Obliteration des Foramen eingetreten ist. Sodann — und hierzu besteht eine gewisse Disposition — kann der Eiter der seitlichen Bauchwand nach aufwärts folgen und den subphrenischen — suprahepatischen — Abscess bilden, der seine Grenze am Lig. susp. hepat. findet.

Während die Entzündung bisher wesentlich den peritonealen Weg nahm, leiten sie jetzt die Lymphgefäße ins Zwerchfell und durch dasselbe in die Pleurahöhle. An beiden Stellen, unter und über der Leber, kann der Process Halt machen, jedoch besteht keine Pleuritis ohne den subphrenischen Abscess, wenn derselbe auch nur durch dünne perihepatitische Auflagerungen repräsentirt zu sein braucht; die Pleuritis selbst kann eben sowohl trocken als serös als putride sein.

Es ist also die reine »Pleurésie appendiculaire« keine »Pleurésie à distance«, sondern eine durch kontinuirliche, erst retrocoecale, dann perihepatitische Wanderung erzeugt.

Zu erkennen ist die Entwicklung des Processes nach der Leber zu — der meist nicht vor dem 4. Tage eintritt — an den heftig

stechenden Schmerzen im Epigastrium bei schweren Infektionserscheinungen, und weiterhin die Pleuritis an Athemnoth und quälendem Husten.

Die Therapie sollte stets eine prophylaktische sein: die Frühresektion des Wurmfortsatzes sofort nach gestellter Diagnose. Steht man der voll entwickelten Krankheit gegenüber, so kann Laparotomie und Thorakotomie gleichzeitig oder nach einander vorgenommen werden, oder vielleicht besser transpleurale Eröffnung auch des subphrenischen Abscesses wie beim Leberabscess.

Christel (Metz).

---

21) **Munroe** (Boston). Lymphatic and portal affections following appendicitis.

(St. Louis med. and surg. journ. 1901. Februar.)

Oft entwickelt sich, ausgehend von einer Appendicitis, ein retroperitonealer Abscess, welcher selbst bei der Operation der Haupterkrankung zunächst übersehen wird, sich aber später durch andauerndes Fieber und septische Erscheinungen geltend macht. Oft genügen einige warme Umschläge, um dieser Entzündung der retroperitonealen Lymphräume Herr zu werden, falls sie früh genug erkannt wird. Hierzu führt das Auftreten einer Spannung und Schmerzhaftigkeit in der Gegend der Niere unter Fiebererscheinungen, wenn die übrigen Organe sich gesund erweisen.

Weit bedrohlicher sind die Erscheinungen, wenn sich eine Entzündung der Pfortader entwickelt. Hier finden sich mehrfache Fröste, mehr oder weniger Gelbsucht, Schmerzhaftigkeit der Leber und allgemeines Krankheitsgefühl. Auch hier handelt es sich keineswegs um einen metastatischen Herd in der Leber, sondern um ein unmittelbares Fortkriechen des Processes. Nur energisches Eingreifen, Eröffnung und Drainage des Appendicitis- und des Leberherdes vermag bei diesen schweren Erkrankungen Hilfe zu bringen.

Es werden eine Anzahl Fälle mitgetheilt, und zwar sowohl solche, bei denen die Sachlage erkannt wurde und Operation stattfand, als auch solche, bei denen erst die Leichenöffnung Aufklärung brachte.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

22) **Bilfinger.** Zur Frage von der Entstehung der traumatischen Hernien.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIV. Hft. 1.)

Verf. stellt aus der Litteratur die Ansichten einer größeren Reihe namhafter Autoren über die Frage der Entstehung traumatischer Hernien zusammen. Im Großen und Ganzen haben sich die Chirurgen gegen das plötzliche Entstehen eines Bruchsackes durch ein Trauma erklärt. Indessen machen einige Autoren eine Ausnahme von dieser Allgemeinheit, wenigstens was die Entstehung der Brüche der Linea alba betrifft. Auch auf experimentellem Wege hat man,

wie B. nach seinem Litteraturstudium behaupten muss, die Frage bisher noch nicht entschieden. Es kommen bei der Entwicklung solcher Brüche am Lebenden Momente in Betracht, die man künstlich nur schwer herbeiführen kann. Man kann aus den Thierexperimenten jedenfalls nur das Eine schließen, dass traumatische Hernien selten sind und dass der Mechanismus bei ihrem Entstehen ein sehr komplicirter sein muss. So bleibt bis jetzt als das wichtigste Entscheidungsmittel für die bearbeitete Frage nur übrig, Fälle zu finden, welche allen Kriterien entsprechen, welche zur Annahme einer traumatischen Hernie gehören.

B. ist so glücklich gewesen, einen derartigen Pat. zu beobachten:

Ein junger Mann wurde von einem Ochsen mit dem Horn gegen die linke Unterbauchgegend gestoßen, so dass er heftigen Schmerz empfand und kaum gehen konnte. Er fühlte auch durch seine Kleider hindurch sofort eine weiche faustgroße Geschwulst, welche auf Druck verschwand. Vorher war dieselbe nicht vorhanden gewesen, wie der Pat. ausdrücklich versichert. Bei der Untersuchung fand man in der linken Unterbauchgegend in der Mitte zwischen Spina anterior ossis ilei und Symphyse oberhalb des Lig. Pouparti einen für 3 Finger durchgängigen Riss in der Bauchmuskulatur bei unversehrter Haut. Beim Husten tritt daselbst eine Geschwulst hervor. Der Leistenkanal ist verschlossen, ein Leistenbruch nicht vorhanden. Durch die Operation, welche direkt angeschlossen ward, wurde auch weiterhin das Vorhandensein einer traumatischen Hernie bestätigt.

Bei einigen anderen Fällen der Litteratur hält Verf. ebenfalls den Beweis für einen traumatischen Bruch gegeben, dessen Vorkommen auch nach seiner Ansicht ein seltenes ist. Obschon bis heute für die natürlichen Bruchkanäle, Leisten- und Schenkelkanal, das Vorkommen traumatischer Hernien noch nicht sicher beobachtet wurde, so hält B. es immerhin für möglich, dass auch hier analoge Vorkommnisse sich ereignen können. Eine bestimmte Symptomatologie des traumatischen Bruches giebt es nicht, außer dass er durch sehr schwere Verletzungen hervorgerufen wird und mit sehr ernsten Erscheinungen, wie Schmerzen, Chok, Erbrechen einhergeht. Einklemmung ist dagegen bei diesen Fällen nicht immer vorhanden, wie viele Autoren meinen. Bis jetzt sind die traumatischen Hernien nur an der Stelle beobachtet worden, wo die Gewalt eingewirkt hat.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

23) **G. Ekehorn.** Die Brüche des Meckel'schen Divertikels.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIV. Hft. 1.)

Man hat bisher nur selten ein Meckel'sches Divertikel als Inhalt einer Hernie gefunden. Seit Littre beträgt die Summe der beschriebenen Darmanhangsbrüche trotz der häufigen Bruchoperationen nicht mehr als einige 20. Die Entstehung solcher Hernien ist meist analog derjenigen anderer Brüche. Das Divertikel, speciell sein Ende, ist dann meist frei. Unter gewissen Umständen aber, welche mit den Entwicklungsverhältnissen des Dottergangs und der A. omphalo-meseraïcae zusammenhängen, kann auch ein angeborener Darmanhangsbruch entstehen, wie aus einigen einschlägigen Kranken-

geschichten erweislich ist. Dass peritonitische Vorgänge dabei im Spiele waren, ist nicht wahrscheinlich. Die Diagnose ist nie gestellt worden. Man traf den Befund ganz unerwartet. Die Einklemmungserscheinungen derartiger Brüche sind kaum je sehr stürmische. Wo dies doch der Fall ist, dürfte noch eine andere Darmschlinge an der Einklemmung mit betheiligt sein. Es giebt einige Fälle, bei denen auch ohne Operation resp. Reposition eine Heilung ohne schwerere Allgemeinerscheinungen mit Entzündung, Durchbruch und Kothfistelbildung erfolgte, und bei denen die Kothfistel spontan zur Selbstheilung kommen kann. Liegt die Durchbruchsstelle mehr der Darmwand an der Grenze des Divertikels an, so liegen die Verhältnisse natürlich ungünstiger. Einige Male sind die Pat. mit eingeklemmten Darmdivertikeln an Peritonitis gestorben, jedoch erst als der gangränöse oder perforirte Anhang in die Bauchhöhle reponirt worden war. Ist das Divertikel im Bruchsacke fixirt, so kann leicht der Darmtheil, von welchem es entspringt, in denselben nachgezogen werden. In 7 Fällen wurde das Divertikel ohne Einklemmung im Bruchsack vorgefunden, und zwar 3mal als Sektionsbefund, 4mal bei Radikaloperationen.

Das Meckel'sche Divertikel ist häufiger bei Männern als bei Frauen. Unter den 22 Fällen, die E. zusammenstellt, sind 10 Männer und 5 Frauen (einmal ist das Geschlecht nicht angegeben). Von 15 eingeklemmten Brüchen sind 10 als reine Darmwandbrüche anzusehen. 4 davon heilten spontan, eben so viele nach Radikaloperation, 2 starben an Peritonitis durch die oben erwähnten unzweckmäßigen Repositionsmanöver. Die Brüche, bei denen auch Darmschlingen eingeklemmt waren, sind als gewöhnliche eingeklemmte Hernien zu betrachten.

Die Einklemmung eines reinen Divertikelbruches ist demnach als ziemlich gutartig anzusehen. Über die Behandlung gegenüber anderen Hernien ist nichts Besonderes zu bemerken.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

24) **H. Délore** et **M. Patel.** De l'exclusion unilatérale dans les fistules rebelles de l'intestin.

(Revue de chir. 1901. No. 3.)

Die Frage, ob bei hartnäckigen Kothfisteln besonders tuberkulöser Natur zur Heilung die völlige Ausschaltung nöthig sei, oder der einfache Verschluss dicht oberhalb der Fistel (exclusion unilatérale) genüge beziehentlich vorzuziehen sei, ist noch nicht einheitlich entschieden. Das beruht zum Theil in der Ungleichheit der Fälle, die, nach den beiden Methoden operirt, einen durchführbaren Vergleich nicht gestatten. Von den beiden Fällen tuberkulöser Coecalfisteln, die Verff. in der Poncet'schen Klinik beobachteten, und die mit Verschluss nur des oralen Endes behandelt wurden, spricht besonders der schöne Erfolg bei der zuletzt operirten Kranken zu Gunsten dieser Methode.

In der That bietet der einseitige Verschluss bezw. die unvollständige Ausschaltung wesentliche Vortheile, sowohl gegenüber ausgedehnten Resektionen als auch der vollständigen Ausschaltung: Der Eingriff ist weniger zeitraubend, fast ungefährlich, und gestattet zugleich, dass die Sekrete der erkrankten Darmpartie leicht nach abwärts fließen, diese also zugleich ruhig gestellt, drainirt und der Heilung entgegengeführt wird. Auch die Atrophie des umgangenen Darmtheiles dürfte in Folge verminderter Reizung schneller eintreten als bei völliger Ausschaltung. Schließlich ist auch von Wichtigkeit für die Entscheidung, ob halbe oder ganze Ausschaltung zu wählen sei, der Sitz der Erkrankung bezw. Fistel.

Für den stark secernirenden Dünndarm mit lebhafter Peristaltik ist der orale Verschluss allein wenig empfehlenswerth: durch gelegentliche Retroperistaltik würde die Öffnung nach außen erhalten bleiben. Hingegen findet die Einpflanzung des Ileum in das Colon ascendens bezw. S romanum mit einseitigem Verschluss seine glücklichste Verwendung, wenn die Klappengegend bezw. der coecale Colonabschnitt Sitz der Erkrankung (Neubildung oder Tuberkulose) ist. Die Methode führt in diesem Falle nicht nur Heilung der Fistel und des Processes herbei, sondern sie würde auch bei Tuberkulose jener Abschnitte ohne Durchbruch berechtigt sein.

Christel (Metz).

---

25) **F. Terrier** et **M. Auvray** (Paris). Chirurgie du foie et des voies biliaires.

Paris, **Felix Alcan,** 1901. 318 S.

Der vorliegende Theil des Werkes behandelt die Verletzungen der Leber und Gallenwege, die Wanderleber und die Geschwülste der Leber und Gallengänge. In klarer, übersichtlicher Weise werden die einzelnen Punkte besprochen, mit besonders ausführlicher Betonung der uns für die betreffenden Abschnitte der Chirurgie zur Verfügung stehenden operativen Hilfsmittel (Lebernaht, Vaporisation etc.) und sehr dankenswerther eingehender Erörterung der Resultate und der Statistik der chirurgischen Eingriffe; die Ausführungen der Verff. werden durch 50 gute Abbildungen erläutert.

Bei den Verletzungen werden mit Recht die der Leber selbst und die der Gallengänge in getrennten Kapiteln behandelt.

Bei der Hepatopexis werden die in Frage kommenden Verfahren eingehender gewürdigt auf Grund von 25 tabellarisch geordneten Fällen (bis auf 3 nur von außerdeutschen Chirurgen operirt).

Das sehr interessante Kapitel über die Geschwülste berichtet zunächst über 52 Fälle operirter Lebergeschwülste (9 Sarkome, 9 primäre Carcinome, 1 sekundäres, 7 Adenome, 4 Angiome, 3 Geschwülste unbestimmter Natur, 14 Gummata, 5 »Kystes biliaires non parasitaires«). Mit 42 guérisons opératoires, 10 morts opératoires = 19,23% Sterblichkeit. Weiter wird berichtet über 55 Operationen wegen Geschwülsten der Gallenblase, und zwar 39 radikale (einfache

Cholecystektomie und Cystektomie mit Resektion von Lebertheilen) und 16 palliative (Cholecystostomie und Gastroenterostomie). Die Resultate sind bisher nicht verlockend.

Wir empfehlen das instruktive Werk der Beachtung der deutschen Fachgenossen. Die Ausstattung ist vorzüglich.

H. Lindner (Dresden).

---

26) Kurzes Lehrbuch der Gynäkologie, bearbeitet von E. Bumm, A. Döderlein, C. Gebhard, A. v. Rosthorn und dem Herausgeber O. Küstner.

Jena, **Gustav Fischer,** 1901. Mit 260 Abbildgn. im Text. X u. 465 S.

Das vorliegende Lehrbuch ist hervorgegangen aus den im Jahre 1893 erschienenen »Grundzügen« der Gynäkologie von Küstner, der dies Mal auch die überwiegende Mehrzahl der Kapitel bearbeitet hat. Von Bumm rühren nur die Kapitel über Sepsis und Antiseptik her, von Döderlein die Bearbeitung der desmoiden Uterusgeschwülste, die Tubenkrankheiten und die Gonorrhoe der weiblichen Genitalien, von Gebhard die Anatomie derselben und die Krankheiten der Ovarien, von v. Rosthorn endlich die Tuberkulose der Genitalien und des Bauchfelles; alles Übrige ist von Küstner selbst verfasst. Das Buch, welches in erster Linie für Studenten geschrieben ist, unterscheidet sich sowohl in der Anordnung wie in der Art der Darstellung von den gebräuchlichen Kompendien. Es sind mehr im Großen gehaltene klinische Vorträge über die einzelnen Kapitel der Gynäkologie, die zum Lernen und Nachdenken anregen. Die ersten 5 Abschnitte folgen der anatomischen Eintheilung; der 6. Abschnitt umfasst die mikrobischen Erkrankungen (Gonorrhoe, Tuberkulose und Sepsis), der 7. und 8. die allgemeine Diagnostik und Therapie, also eine ähnliche Eintheilung, wie sie sich in Veit's Handbuch der Gynäkologie findet. Originell ist die vielfache Verwendung von Kursivschrift, die besonders wichtige Sätze, gleichsam als Lehr- oder Grundsätze, aus dem Übrigen hervorhebt. Die Sprache ist überall klar und bündig, und Verff. präcisiren, wie sich dies für ein Lehrbuch gehört, ihren Standpunkt fest und bestimmt. Zahlreiche recht gute Holzschnitte, denen oft eine kurze, aber prägnante Krankengeschichte beigefügt ist, tragen zu Verständnis und Belebung der vorgetragenen Lehren wesentlich bei.

Die Namen der Mitarbeiter bürgen für die Gediegenheit des Inhaltes. In der Form hätten wir richtiger gefunden, die allgemeinen Kapitel an den Anfang zu stellen, weil es für den Lernenden doch in erster Linie darauf ankommt, mit ihrem Inhalt vertraut zu sein, ehe er an die speciellen Kapitel herantritt. Im Ganzen darf Küstner's Lehrbuch den besten Werken ähnlicher Art zugezählt werden und sei vor Allem allen Studirenden zum sorgfältigen Studium empfohlen.

Jaffé (Hamburg).

---

27) P. Petit. Éléments d'anatomie gynécologique, clinique et opératoire.

Paris, G. Carré et C. Naud, 1901.

Das Werk, 212 Seiten umfassend und mit 32 sehr schön reproducirten Abbildungen auf Tafeln ausgestattet, ist die Frucht einer 3jährigen mühevollen Arbeit, welche der Verf. im Laboratorium des Pariser Chirurgen Sébileau ausgeführt hat. Das Material ist eingetheilt in 4 Kapitel: Dammgegend (incl. Vulva und Anus), Beckenhöhle, Bauchdecken, Fossa iliaca. Jedes Kapitel enthält eine äußerst sorgfältige und ausführliche topographisch-anatomische Beschreibung, wobei die sonst in anatomischen Lehrbüchern oft etwas stiefmütterlich behandelten Fascien und die bindegewebigen Spalten und Zwischenräume eine eben so gründliche Behandlung erfahren haben, wie die Organe, Gefäße, Bandapparate, Drüsen etc. Besonders interessant ist das Kapitel über die Beckenhöhle, welches auch einige recht instruktive Gefrierdurchschnitte enthält, ferner die Abschnitte über das Cavum Retzii, den Inguinalkanal, das Lig. rotundum und die Alexander-Adam'sche Operation. Die Darstellung des Stoffes ist für den Leser trotz der großen Ausführlichkeit keineswegs ermüdend, da zahlreiche klinische und operative Betrachtungen eingestreut sind. Die Abbildungen sind zum Theil etwas schwer verständlich, die überwiegende Mehrzahl jedoch von außerordentlicher Klarheit und Deutlichkeit. Das Werk sei den Chirurgen und Gynäkologen wärmstens empfohlen.

Pfannenstiel (Breslau).

---

28) F. Cathelin. De la torsion des hydrosalpinx.

(Revue de chir. 1901. No. 2 u. 3.)

Die 64 Seiten starke Arbeit ist eine recht eingehende Darstellung des Gegenstandes, der so zu sagen zu den hochmodernen gehört. 41 Beobachtungen — eigene und der Litteratur angehörig — bilden die Grundlage der Abhandlung. Folgendes sei kurz aus derselben herausgehoben:

Torsion der Hydrosalpinx kann nur bei freier Entwicklung des Sackes in der Ampulle, also nahe dem Fimbrienende, entstehen. Eine weitere Bedingung ist ferner, dass keine Verwachsungen die Geschwulst an andere Organe fixiren — daher nie Torsion bei Pyosalpinx —, sondern dass sie frei ins große Becken hinausragt. Die torquirte Geschwulst ist im Durchschnitt apfelsinengroß und meist oberhalb des Schambeins zu tasten, selten im Cavum vesico-uter. oder recto-uterinum. Die Zahl der Torsionstouren schwankt zwischen 1—4, meist 1—2. Vorwiegend wird die rechte Tube betroffen im Verhältnis von 2 : 1 (links).

Die Stieldrehung kann plötzlich oder in mehreren Schüben erfolgen, ist meist von heftigsten Schmerzen mit vorübergehendem Schwund des Bewusstseins, später mit Erbrechen und peritonealen Symptomen begleitet.

Die Diagnose stützt sich auf Anwesenheit einer glatten, fluktuirenden Geschwulst, die unter den oben geschilderten Erscheinungen, sei es zuerst gefunden, sei es vergrößert, wahrgenommen wird, in Folge von Blutung in den Sack und seine Wandung. In seltenen Fällen ist vielleicht die Tastung des torquirten Stieles möglich.

Zum Verständnis der Torsion, die ohne erkenntliche Unterschiede eben sowohl im Sinne des Uhrzeigers oder anders herum stattfinden kann, diene folgende Erwägung. Die Hydrosalpinx, welche bis auf den Rand der Beckenapertur hinaufgewachsen ist, befindet sich hier in labilem Gleichgewicht. In diesem Zustande wirken erstens Darm- und Blasenfüllung so wie Darmbewegung auf sie ein und bringen sie, besonders bei der Steilheit der Beckenneigung, leicht in eine Drehung nach vorn. Zweitens wirken ungleichmäßiges Wachsthum, sei es, dass direkt Geschwülste der Tubenwand aufsitzen, sei es, dass interstitielle Hämatome entstehen, störend auf das innere Gleichgewicht der Geschwulst; somit ist eine Rollung um die Längsachse die nothwendige Folge. Auf die Drehung folgt wieder ungleichmäßiges Anwachsen der Geschwulst, Veränderung des Gleichgewichts mit sich, so dass die weitere Entwicklung der Torsion gewissermaßen die nothwendige Folge ihres Anfangs ist.

So die Theorie des Verf., welche durch einige Beobachtungen ihre Stütze erhält — für alle jedoch kaum eine genügende Erklärung abgeben kann. Im Übrigen ist die Arbeit mit ausführlicher Tabelle, Litteraturverzeichnis und Figuren ausgestattet und als sehr lesenswerth zu bezeichnen. **Christel** (Metz).

---

29) **Traino.** Sugli innesti di tessuti embrionali nell' ovaia e sulla produzione delle cisti ovariche.

(Giorn. d. R. accad. di med. di Torino 1901. No. 4.)

Experimente an Meerschweinchen. Vorläufige Mittheilung. In das längsgespaltene Ovarium wurden Gelenkstückchen von Föten eingenäht: Unterkiefer, Phalangen, Haut. Sie heilten ein und entwickelten sich weiter. Alle Mal kam es zur Bildung einer Cyste, deren Wand vom Ovarium geliefert wird.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

Kleinere Mittheilungen.

30) **R. Bernhardt.** Kasuistische Beiträge.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LIV. Hft. 2 u. 3.)

I. Resorption lupöser Produkte unter Pockeneinfluss.

Die Erfahrung, dass unter dem Einfluss akuter Infektionskrankheiten chronische Hautprocesse sich involviren (allerdings meist nur vorübergehend), ist speciell bei Lupus und Erysipel gemacht worden; Verf. beschreibt einen Fall, in dem eine fast vollständige Rückbildung eines Lupus unter Variola vera stattfand — die histologische Untersuchung des scheinbar fast geheilten Lupus ergab starke Degeneration der Tuberkel, speciell völliges Verschwinden der Riesenzellen —,

doch waren noch Herde von epitheloiden Zellen zu erkennen; augenscheinlich aus ihnen entwickelte sich der Lupus sehr bald wieder.

II. 14 Jahre nach Tuberkuloseeinimpfung in Folge ritueller Vorhautbeschneidung.

In Warschau kommen jedes Jahr 6—12 durch die rituelle Circumcision bedingte Fälle von Vorhauttuberkulose vor. Die Mortalität beträgt ca. 40—50%. Interessant ist der von B. ausführlich berichtete Fall: Trotz Vereiterung der Inguinaldrüsen, trotz Tuberkulose der Halslymphdrüsen, trotz Übergreifen der Tuberkulose vom Präputialrest auf die Glans penis entwickelte sich der im 14. Lebensjahre wieder zur Untersuchung gekommene Knabe ganz vortrefflich; in den Knötchen vom Penis wurden Bacillen nachgewiesen. **Jadassohn** (Bern).

31) **A. Lanz.** Über gonorrhoische Infektion präputialer Gänge.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LV. Hft. 2.)

L. giebt einige interessante kasuistische Beiträge zu der Lehre von der paraurethralen und präputialen Gonorrhoe. Ich hebe aus derselben Folgendes hervor. Auch L. hat, wie Ref. und andere Autoren, eine isolirte Erkrankung solcher Gänge bei Freibleiben der Harnröhre beobachtet. Er hat in einem Falle 4 Jahre nach der Infektion noch Gonokokken gefunden (Wichtigkeit der langen Dauer der Infektiosität!). Interessant ist, dass in diesem Falle die Gonokokken nur ganz oberflächlich im Epithel lagen, was in Widerspruch mit der viel vertretenen und speciell vom Ref. bekämpften Lehre steht, dass die chronische Gonorrhoe immer eine »Tiefeninfektion« sei. Eine Beziehung zu den Talgdrüsen hat auch L. (im Gegensatz zu Touton) nicht gefunden. **Jadassohn** (Bern).

32) **Witthauer.** Korsett und Leibbinde.

(Therap. Monatshefte 1901. Mai.)

W. tritt unter Aufzählung der dadurch bedingten Schädlichkeiten sehr energisch für die Abschaffung des schnürenden Korsetts ein und empfiehlt einen Ersatz für dasselbe, an welchem es ihm nach vielfachen Versuchen gelungen ist, eine Leibbinde zu befestigen, welche auch bei mageren Personen gut und sicher sitzt und sowohl nach Geburten, als auch nach Bauchschnitten zum Schutze der Narbe Verwendung finden soll. **Willemer** (Ludwigslust).

33) **Moser.** Über Peritonitis sero-fibrinosa und andere ungewöhnliche Komplikationen bei Typhus abdominalis.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. VIII. Hft. 1 u. 2.)

Bei einer Frau, welche akut fieberhaft erkrankt war, bildete sich ein Ascites heraus und starke Druckempfindlichkeit rechts vom Nabel; entsprechend dem unteren Leberrande fühlt man beim Athmen grobes Reiben. Es wurde ein durch Perforation entstandener, unterhalb der Leber gelegener Abscess angenommen, der zu allgemeiner Peritonitis geführt hatte. Daher Laparotomie. Es fand sich blutig tingirter Ascites, Fibrinauflagerungen auf der Leber. Rechts neben der Wirbelsäule stark geschwollene Drüsen. Einige Tage nachher Tod. Die Sektion ergiebt zweifellosen Typhus ohne Darmperforation. In der Typhuslitteratur findet sich keine ähnliche Beobachtung von sero-fibrinöser Peritonitis.

Ähnliches lag wohl in einem anderen Typhusfalle vor, bei welchem man am 14. Tage sehr deutliches Reiben an der ganzen tastbaren Fläche der stark vergrößerten Milz fühlte, das nach 4—5 Tagen wieder schwand.

Zum Schluss erwähnt M. noch einen Typhusfall, bei dem am 13. Tage ein völlig acholischer Stuhl beobachtet wurde, während in den Tagen vor- und nachher normale Färbung des Kothes bestand. Es muss sich also um eine vorübergehende Schwellung der Schleimhaut des Choledochus gehandelt haben.

Haeckel (Stettin).



34) **Kretz.** Phlegmone des Processus vermiformis im Gefolge einer Angina tonsillaris.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 49.)

Mittheilung und Demonstration zweier zur Obduktion gelangter Fälle wie in der Überschrift bezeichnet.

Es fanden sich in beiden Fällen Streptokokken im phlegmonösen Eiter wie auch auf den Mandeln. Der eine Fall war operativ angegangen worden.

K. macht auf diesen Zusammenhang zwischen Hals- und Darmerkrankung aufmerksam, der durch Verschlucken von so vielem und virulentem Bakterienmateriale leicht verständlich ist. Sind nun bei der Vermischung der Bakterienflora des Darmes mit solchen virulenten Eitererregern sonstige Bedingungen für eine Erkrankung des Wurmfortsatzes gegeben, so tritt sie unter dem Bilde schwerer septischer Erkrankung auf. **Hübener** (Dresden).

35) **Gottstein.** Ein Fall von Fremdkörper (Gebiss) in der Pars cardiaca des Magens, diagnosticirt durch Radiographie und Ösophagoskopie. Gastrotomie. Heilung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 23.)

Die Überschrift sagt alles von dem Falle Wissenswerthe.

Borchard (Posen).

36) **Michailow.** Ein Fall von erfolgreichem chirurgischen Eingriff bei Blutung aus einem Magengeschwür.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. VII. Hft. 4 u. 5.)

Bei einer 48jährigen Frau, welche seit Langem an Magenbeschwerden litt, setzte eine Kurpfuscherin zwei Theegläser als Schröpfköpfe in der Nabelgegend, wodurch die schlaffe Bauchwand stark in die Gläser hineingezogen wurde. Danach trat eine sehr heftige Magenblutung auf, die das Leben bedrohte. M. fühlte bei der Laparotomie das Ulcus auf der hinteren Magenwand hart an der kleinen Curvatur an der Grenze des pylorischen und mittleren Drittels. Excision, Naht, Heilung. Im Grunde des Geschwürs sah man deutlich einen Ast der Coronararterie von Stecknadelkopfdicke, darin steckte lose ein frisches Gerinnsel.

Haeckel (Stettin).

37) **Siegel.** Die chirurgische Behandlung der Duodenalstenose.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. VIII. Hft. 1 u. 2.)

S. machte bei Duodenalstenose unterhalb der Papilla Vateri, hervorgerufen, wie es schien, durch Pankreascarcinom, die Gastroenterostomie. Da danach die Beschwerden nicht schwanden, fügte er eine Enteroanastomose der beiden zur Magen-Darmfistel führenden Ileumschlingen hinzu; danach Heilung. Da nach $2^1/_2$ Jahren völliges Wohlbefinden konstatirt wurde, hat es sich wohl um eine gutartige Stenose, nicht um Carcinom gehandelt. Die stenosirte Stelle wurde wieder durchgängig. Die Ableitung des Speisebreies hat also offenbar für die Heilung des Duodenalgeschwürs günstig gewirkt.

Im zweiten Falle handelte es sich um Pankreascarcinom, welches unterhalb der Papille das Duodenum verengte. Die Gastroenterostomie brachte sehr wesentliche Besserung, Erbrechen trat nur sehr selten auf. Nach 7 Monaten erfolgte der Tod. Die Sektion ergab Pankreascarcinom. **Haeckel** (Stettin).

38) **Hermes.** Einklemmung einer Dünndarmschlinge durch den ringförmig verwachsenen Wurmfortsatz.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 23.)

Der Fall betrifft eine 22jährige Pat., die schon längere Zeit angeblich an Magenbeschwerden litt und plötzlich unter dem Bilde eines Ileus oder einer

akuten Perforationsperitonitis erkrankte. Bei der Operation fand sich eine 30 cm lange Dünndarmschlinge in dem durch die Verwachsung seiner Kuppe mit dem Blinddarme einen Ring bildenden Wurmfortsatz eingeklemmt. Der Processus vermiformis ging von der medialen und hinteren Seite des Blinddarmes aus und war mit seiner erweiterten Kuppe an dessen Vorderseite verwachsen. Am distalen Ende des Wurmfortsatzes war ein halbhaselnussgroßes, abgesacktes Empyem. Resektion des Wurmfortsatzes. Heilung. **Borchard** (Posen).

39) **P. Wiart et Rénon.** Grosse épiplocèle inguinale etranglée dans la cavité abdominale par l'enroulement de l'appendice iléo-coecale autour du pédicule. Opération. Guérison.

(Bull. et mem. de la soc. anat. de Paris Année LXXII. T. III. No. 2.)

Der an seinem Ende mit einer selbständigen Netzpartie verwachsene Wurmfortsatz war passiv bei der Rotation des Netzes mit herumgedreht und so zum abschnürenden Schlauche geworden. Der Einschnitt, welcher zuerst den leichten Bruch aufdeckte, der eingeklemmt schien, musste über das Lig. Pouparti hinaus verlängert werden, ehe die Abschnürungsstelle erreicht werden konnte.

Christel (Metz).

40) **Kehr, Berger und Welp.** Beiträge zur Bauchchirurgie, unter besonderer Berücksichtigung der im letzten Jahre ausgeführten 84 Gallensteinlaparotomien.

Berlin, **Fischer's** med. Buchhandlung **(H. Kornfeld),** 1901. 206 S.

Als Ergänzung seiner früheren Schriften über Gallensteinchirurgie veröffentlicht K. die Krankengeschichten des letzten Jahresberichtes seiner Privatklinik. Im Wesentlichen findet sich das wieder, was er bereits früher vielfach besprochen hat; er glaubt jetzt in der Cystektomie mit Hepaticusdrainage das Normalverfahren für die chronische recidivirende Cholelithiasis gefunden zu haben. Die Hepaticusdrainage ist der Choledochotomie mit nachfolgender Naht vorzuziehen. Für akute Fälle bleibt es bei der Cystostomie. Bei der Auswahl der zur Operation kommenden Fälle und der Indikationsstellung werden die socialen Verhältnisse, wie der Einfluss des Leidens auf den Einzelnen zu berücksichtigen sein.

Im Anschlusse berichtet K. über eine Anzahl anderer interessanter Fälle aus der Bauchchirurgie und spricht sich über seine Anschauungen betr. der Appendicitisbehandlung aus. — Oberarzt Dr. Berger liefert (p. 142) einen Bericht über bakteriologische Untersuchungen der bei und nach Gallensteinoperationen gewonnenen Galle: unter 30 Fällen war dieselbe 6mal steril (in 2 Fällen fehlten Steine), 18mal fand sich Bact. coli allein, 3mal mit Staphylokokken, 1mal mit Streptokokken, je 1mal fand sich nur Staphylococcus resp. Streptococcus. In den Fällen von Hepaticusdrainage fand sich meist schon an dem der Operation folgenden, spätestens am 2. Tage die Galle steril. — Den Beschluss (p. 185) macht eine Arbeit von Berger über einen Fall von Exstirpation einer Gekröscyste, dem noch ein zweiter, von Dr. Weidling-Halberstadt operirter Fall angeschlossen wird.

Interessenten verweisen wir auf eigene Lektüre des Werkes.

H. Lindner (Dresden).

41) **Umber.** Beitrag zur Pfortaderobliteration.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. VII. Hft. 4 u. 5.)

Bei einem 47jährigen Trinker, welcher bis 2 Monate vor seinem Tode gesund war, stellten sich im Anschluss an einen alkoholischen Excess gewaltige Blutungen aus dem Magen-Darmkanal ein. Allmählich lassen dieselben nach, und es treten Zeichen einer Stauung im Pfortadergebiet auf unter Vorwiegen des Ascites, der sich nach der Punktion rasch wieder ansammelt. Die Blutungen treten wieder von Neuem auf und führen unter zunehmenden Stauungserscheinungen zum Tode. Die Obduktion ergiebt eine vollkommene, der zeitlichen Entstehung nach weit



zurückliegende Obliteration des Pfortaderstammes, so wie der Milzvene bei normaler Leber und frischen Thrombosen in dem Gebiete der V. mesaraica inferior, der V. lienalis gastrica so wie kleinerer Gekrösvenen; dabei ausgedehnte Verwachsungen des großen Netzes mit der Leber, Niere, Milz, den Därmen und der Bauchwand, ferner des Zwerchfells und des Magens mit der Leber, der Därme unter einander, so wie mit dem Pankreas und der Gallenblase. In diesen Verwachsungen hatten sich Kollateralbahnen entwickelt, welche das Blut aus den gestauten Gebieten des Pfortaderkreislaufes in das Gebiet der großen Hohlvene abgeführt haben; so wurde der Pfortaderverschluss völlig kompensirt. Die klinische Bedeutung des Falles liegt in dem Beweise, den sie dafür giebt, dass decennienlang völliger Verschluss der Pfortader ertragen wird bei zeitiger Entwicklung der Kollateralen. Man kann daraus die Lehre ziehen, dass man durch frühzeitige, oft wiederholte Punktion des Ascites die Ausbildung der Kollateralbahnen begünstigen soll. Er lehrt ferner, dass die künstliche Herstellung solcher Kollateralen nach Talma Erfolg verspricht. **Haeckel** (Stettin).

42) **W. J. Rasumowski.** Zur Frage der Prognose bei Gekrösgeschwülsten.

(Annalen der russ. Chirurgie 1901. Hft. 2.)

Der Fall ist schon früher im Centralblatte referirt, p. 430, No. 16, 1901. Jetzt wird über das Ende des Pat. berichtet. 4 Monate nach der letzten Nachricht, also 2 Jahre 11 Monate nach der ersten Operation, wieder ein Recidiv, mannskopfgroß. In der Narbe der Bauchwunde eine apfelgroße Geschwulst. Operation; breite Verwachsungen des Darmes mit der Neubildung und der Bauchwand; Resektion von 2 Stücken Dünndarm. Wegen Collapses Morcellement der Geschwulst, ein Stück an der Aorta wird zurückgelassen und vor die Bauchwunde gebracht. Bald darauf Tod. Sektion: noch eine Metastase im Gekröse des S romanum und 7 Metastasen in der Leber; erstere Myxoma fibrosum, letztere Myxoma cellulare. Vom Dünndarme sind 235 cm zurückgeblieben, vom Dickdarme 155 (eine Folge der Atrophie des Darmes). **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

43) **Pantaloni** (Marseille). Un cas de fibrosarcome du cordon.

(Arch. prov. de chir. 1901. No. 4.)

P. operirte bei einem 49jährigen Manne eine seit 17 Jahren langsam gewachsene Geschwulst des Samenstranges mit bestem Erfolge. Dieselbe glich äußerlich einem fast kopfgroßen Leistenbruche. Die Untersuchung durch Letulle (Paris) ergab histologisch nur Fibrosarkom. P. glaubt, dass auch die wenigen Sarkome und Fibrome des Samenstranges, welche beschrieben sind von Parker, Albrecht, Majunski, Fibrosarkome waren. Die Operation glich in vielen Stücken einer Herniotomie. **P. Stolper** (Breslau).

44) **Derveau.** Utérus, trompes et testicules contenus dans une hernie inguinale congénitale chez un homme.

(Cercle méd. de Bruxelles 1901. April 5.)

Bei einem 69jährigen Manne, der Ejakulationen hatte, und aus dessen Ehe 6 Kinder hervorgegangen waren, fand Verf. bei der Operation eines angeborenen Leistenbruches im Bruchsacke einen Uterus, Tuben und ein scheidenähnliches Gebilde, welches wahrscheinlich in die Harnröhre mündete. Der Hodensack enthielt außer der Hernie keinen Inhalt, in jedem der Lig. lata fand sich ein normaler Hode. Die Blase kam während der Operation nicht zu Gesichte. Über den Zustand der äußeren Genitalien etc. wird nichts berichtet. Bisher wurden 12 ähnliche Fälle beschrieben. **Mohr** (Bielefeld).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, **F. König,** **E. Richter,**
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 39. **Sonnabend, den 28. September.** **1901.**

Zur Epityphlitisoperation im freien Intervall. Enteroanastomose.

Von

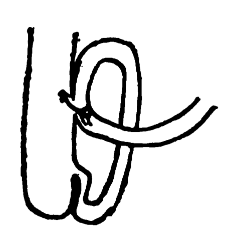
Dr. **E. Martin** in Köln.

Jaffé (Posen) empfiehlt in No. 31 dieses Blattes für gewisse Fälle von Epityphlitis, im freien Intervall die Darmresektion resp. die Enteroanastomose auszuführen. Es handelt sich um jene recht seltenen, aber zweifellos vorkommenden Fälle, wo es aus anatomischen oder technischen Gründen unmöglich ist, den Wurmfortsatz zu isoliren oder überhaupt aufzufinden. Die Resektion des Coecum ergab Jaffé zwei Erfolge, wenn auch nach sehr protrahirtem, durch lange bestehende Darmfisteln komplicirtem Verlauf. Ein Fall von Enteroanastomose, in dem es bei dem langen Suchen nach der Appendix zu einer Verletzung des Coecum gekommen war, starb an Peritonitis,

konnte also keine Auskunft über den Werth der Anastomose in solchen Fällen geben.

Zur Unterstützung des Jaffé'schen Vorschlages möchte ich hier kurz über einen im Oktober 1900 operirten Pat. berichten, bei dem ich, von ganz ähnlichen Erwägungen wie Jaffé ausgehend, die Enteroanastomose anlegte und hierdurch ein günstiges Resultat erzielte.

Es handelte sich um einen Herren, der seit etwa 3 Jahren an typischer recidivirender Epityphlitis litt. Die letzten, in kürzeren Abständen auftretenden Anfälle waren fieberlos verlaufen mit Tumor der Ileocoecalgegend, Schmerzen und den Zeichen gestörter Darmpassage. Die ewigen Attacken zwangen den Pat. schon seit längerer Zeit zu fast völliger Unthätigkeit. Während der Vorbereitung zur Operation trat noch ein in wenigen Tagen abklingender Anfall unter den angeführten Symptomen auf. Höchste Temperatur 36,8, diffuser auf Druck recht empfindlicher Tumor. Bei der 14 Tage später vorgenommenen Operation erwies es sich trotz genauesten Suchens als ganz unmöglich, den Wurmfortsatz zu finden. Das unterste Ileum war durch alte, straffe Verwachsungen mit dem Coecum so eng und fest verbunden, dass ich die Lösungsversuche und mithin das Suchen nach dem Wurmfortsatz schließlich wegen der eminenten Gefahr der Darmverletzung aufgab. Mit Rücksicht auf den fieberlosen Verlauf, das vollkommene Fehlen aller frischen Entzündungserscheinungen an der Darmserosa, der im klinischen Bilde vorherrschenden und durch den anatomischen Befund voll erklärten Erscheinungen von erschwerter Darmpassage — für Tuberkulose oder dergleichen sprach nichts —, entschloss ich mich kurz und legte eine isoperistaltische seitliche Anastomose mit fortlaufender Naht zwischen Ileum und Colon ascendens an.



Ich sagte mir, dass sehr wahrscheinlich in dem vorliegenden Falle nicht der vielleicht in der Tiefe sich abspielende leichte Entzündungsprocess, sondern die durch die Verwachsungen erzeugte Störung der Darmpassage das Wesentliche sei und die Anfälle hervorrufe. Unter diesen Umständen machte ich die Anastomose, von der ich mir den gleichen Erfolg versprach, wie von einer ebenfalls erwogenen, aber doch immerhin wesentlich eingreifenderen Darmresektion. Der Verlauf bestätigte diese Annahme. Noch einmal trat kurz vor Abschluss der glatt erfolgenden Wundheilung ein kurzer Anfall von Leibschmerzen und Empfindlichkeit der Ileocoecalgegend auf; seitdem befindet sich Pat. vollkommen wohl. Er kann seit jetzt $^{3}/_{4}$ Jahr wieder ungestört seinen Geschäften nachgehen.

Es liegt mir natürlich fern, aus diesem Falle, dessen Beobachtungszeit noch dazu viel zu kurz ist, allgemeine Schlüsse zu ziehen. Nachdem aber das Thema durch Jaffé zur Diskussion gestellt ist, glaubte ich den Fall schon jetzt mittheilen zu sollen, da er doch immerhin dafür spricht, dass die Enteroanastomose in Fällen von recidivirender Epityphlitis, bei denen durch die Operation im Intervall der Wurmfortsatz sich nicht ohne Darmverletzung isoliren oder überhaupt nicht auffinden lässt, und bei denen die Stenosenerscheinungen die entzündlichen überwiegen, eine gewisse Aussicht auf Erfolg bietet. Weitere Erfahrungen bleiben abzuwarten.

1) **Graser.** Über die Grundlagen, Hilfsmittel und Erfolge der modernen Wundbehandlung.

(Sonderabdruck aus der Festschrift der Universität Erlangen zur Feier des 80. Geburtstages Sr. Königl. Hoheit des Prinzregenten Luitpold von Bayern.)

Es ist eine interessante Übersicht historischer Natur über die allmähliche Entwicklung des antiseptischen, nachher des aseptischen Wundverbandes und entsprechenden Operirens. Es ist dargestellt, wie sich aus dem Lister'schen Verfahren durch die allmähliche Erkenntnis der schädlichen Organismen, durch die Erkenntnis, woran sie haften, wie sie eindringen und sich entwickeln, das »aseptische« Verfahren entwickelte, und wie noch fortdauernd neue Beobachtungen und Untersuchungen zu seiner Verbesserung und leichteren Verwendbarkeit auch für den praktischen Arzt gemacht werden. Auch seine Schwächen und Mängel sind dargestellt. So ist eine ausführliche Besprechung der Hände- und Operationsfeldreinigung gewidmet unter Hinweis darauf, dass völlige Keimfreiheit nicht zu erzielen ist, dass aber der Körper auch eine gewisse Schutzkraft gegen die Mikroorganismen besitzt; im Anschluss daran finden wir die Maaßregeln zur Verhütung der Infektion durch die Hände des Operateurs angeführt. Die Desinfektion einer inficirten Wunde ist unmöglich, jedoch ist, nach Ansicht des Verf., ein alkalisches, die Gewebe nicht schädigendes Desinficiens vielleicht nicht aussichtslos. Wichtiger jedoch ist die Herstellung guter physikalischer Bedingungen für Sekretabfluss und Austrocknung der Wundsekrete. Noch besonders wird hervorgehoben, dass wir unsere Erkenntnis auf diesem Gebiet nicht der Empirie, sondern strenger wissenschaftlicher Forschung verdanken.

Trapp (Bückeburg).

---

2) **N. W. Petrow.** Über Cysten der Speiseröhre.

(Sep.-Abdr. aus der Festschrift für N. W. Sklifossowski 1901. März. [Russisch.])

Zweierlei Arten Speiseröhrencysten kommen zur Beobachtung:

1) angeborene, welche ihren Ursprung fötalen Entwicklungsstörungen verdanken. Sie entstehen durch Abschnürung aus dem zu dieser Zeit noch Flimmerepithel tragenden Ösophagus und erreichen ein Wachsthum nach der Geburt bis Apfelgröße.

2) erworbene, welche zu den Retentionscysten gehören, und zwar durch Sekretstauung in den Schleimdrüsen der Speiseröhre entstehen. Diese Stauung in den Drüsen wird außer den auch von anderen Retentionscysten her bekannten wirksamen Momenten noch durch den Umstand gefördert, dass die Ausführungsgänge der Drüsen vielfach durch die Schleimhautfollikel der Speiseröhre hindurch verlaufen. Jede katarrhalische Ösophagitis und besonders der sogenannte follikuläre Katarrh führt durch Kompression der Drüsenausführungsgänge zur Stauung. Natürlich genügt zur Cystenbildung eine vorübergehende Kompression, wie sie akute Katarrhe bedingen, nicht; dazu bedarf es einer längeren Wirkung des ursächlichen Moments. Verf. beobachtete einen hierher gehörigen sehr seltenen Fall, bei

welchem durch Stagnation der Speisen im Ösophagus in Folge Cardiacarcinoms ein chronisch entzündlicher Zustand der Ösophagusschleimhaut eintrat, der zu excessiver Cystenbildung führte. Die 54jährige Pat. ging unter den Erscheinungen der Inanition in Folge Speiseröhrenstenose zu Grunde. Bei der Sektion fanden sich außer dem die Stenose bedingenden Cardiacarcinom auf der Uvula, der Epiglottis und den Gießkannenknorpeln vereinzelte kleine Cysten; die ganze Ösophagusschleimhaut indess war besät mit hanfkorn- bis haselnussgroßen Cysten. Mikroskopisch ließen sich die Anfänge der Cystenbildung auch in der Zunge, dem weichen Gaumen und dem Schlunde in Gestalt erweiterter Drüsenausführungsgänge nachweisen. Die Ursache der Cystenbildung erblickt Verf. in dem zugleich bestehenden chronisch entzündlichen Zustande der Schleimhaut, der in Hyperplasie der Bindegewebszellen und Follikelschwellung seinen Ausdruck fand. Verf. betont die praktische Wichtigkeit des Falles in Bezug auf die Erschwerung der Speisenpassage durch solche Cysten und die Gefahren der Sondirung in Folge der Brüchigkeit der Speiseröhrenwand. Eine beigegebene Tafel erläutert die sehr eingehend mitgetheilten mikroskopischen Details. **P. Rathcke** (Berlin).

---

3) **Sudsuki.** Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie des Wurmfortsatzes.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. VII. Hft. 4 u. 5.)

In der pathologischen Anstalt des Krankenhauses im Friedrichshain zu Berlin untersuchte S. 500 Wurmfortsätze, welche keine gröberen Veränderungen erkennen ließen, ohne Auswahl, wie sie der Zufall brachte. Er fand, dass der Wurmfortsatz im Durchschnitt 8,6 cm lang ist und 1,7 cm durchschnittlichen Umfang hat. Nur in einem Drittel der Fälle fand sich eine Gerlach'sche Klappe, und auch wo sie vorhanden ist, bildet sie kein Hindernis für Eintritt von Koth in den Wurmfortsatz.

Koth fand sich in über der Hälfte der Fälle im Wurmfortsatz, wirkliche Kothsteine nur 4mal. Letztere finden sich dagegen bei Perforationen des Wurmfortsatzes sehr häufig, sind also wohl oft Ursache der Perforation.

In einem Drittel der Fälle hat der Wurmfortsatz die Richtung nach unten von seiner Ursprungsstelle und erreicht sehr oft den Rand des kleinen Beckens; in den übrigen Fällen liegt er horizontal oder nach oben.

In 22,6% der Fälle war der Wurmfortsatz total oder partiell obliterirt. Mit dem Alter nimmt die Obliterationshäufigkeit zu, so dass über 70 Jahre jeder zweite Mensch einen obliterirten Wurmfortsatz hat. Dieser Process ist als ein Involutionsvorgang, nicht als Produkt einer Entzündung anzusehen. Meist beginnt die Obliteration an der Spitze, doch fand S. in 2 Fällen sowohl an der Spitze als an der Basis eine obliterirte Stelle, dazwischen die Lichtung er-

halten, dilatirt und mit Schleim gefüllt; die Wand dieses Raumes trug kein Epithel. Das Epithel schwindet an den Obliterationspunkten völlig, während die lymphatischen Elemente lange erhalten sein können.

Verwachsungen waren bei obliterirten Wurmfortsätzen fast doppelt so häufig, als bei frei beweglichen. **Haeckel** (Stettin).

---

4) **A. J. Ochsner** (Chicago). Über Verwendung ausschließlicher Rektalernährung in akuten Appendicitisfällen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 39.)

O. ist dafür, dass man in Fällen akuter Appendicitis mit außerordentlichem Erfolge vorgeht, wenn man jede Einführung von Nahrung durch den Mund unterlässt. Jeder Chirurg, der in den ersten Tagen eine akute Appendicitis operirt hat, weiß, dass sich das Netz sogleich um den Wurmfortsatz schlingt, wenn letzerer irgend wie gefährlich erkrankt, d. h. wenn derselbe in Gefahr ist, nekrotisch zu werden, oder wenn ein Geschwür dem Durchbruch nahe steht, oder wenn ein Fremdkörper eingeklemmt ist. Giebt man dem Kranken absolut keine Nahrung durch den Mund, so schmiegt sich der Dünndarm an das Netz an, und im schlimmsten Falle entwickelt sich ein umschriebener Abscess, welcher ohne Gefahr von jedwedem Arzte geöffnet werden kann; außerdem bezweckt dieses Verfahren noch ein anderes Verhältnis, nämlich absolute Ruhe für die entzündeten Theile. Werden hingegen auch nur kleine Gaben flüssiger Nahrung verabreicht, so entstehen Gase, welche die entzündeten Theile reizen. Je früher die Behandlung eintritt, desto milder gestaltet sich der Anfall. Wenn die Diagnose nicht absolut klar ist, so kann man durch solche Behandlung dem Pat. unmöglich irgend wie schaden. Die früher beliebte Opiumtherapie bezweckte schließlich dasselbe, indem die Peristaltik aufgehoben wurde und das Opium dem Kranken den Appetit gründlich verdarb. Die Behandlung besteht in ausschließlicher Mastdarmernährung. Die Methode schließt selbstverständlich die Möglichkeit eines Recidivs oder eine Wahrscheinlichkeit desselben nicht aus, aber sie bringt den Pat. fast absolut sicher über den akuten Anfall. Operirt man während eines Anfalles und nach dem 2. Tage, so ist immer Drainage angezeigt, und man riskirt dann, später einen Bruch zu bekommen. Verf. räth daher, entweder während der ersten 2 Tage eines Anfalles zu operiren, oder dann, nachdem der akute Anfall vollkommen vorüber ist. O. hat seit der Einführung dieser Methode in jedem Falle außerordentliche Verbesserung der Resultate bekommen.

Gold (Bielitz).



5) **G. Sultan.** Atlas und Grundriss der Unterleibsbrüche.

(Lehmann's med. Handatlanten Bd. XXV.)

Das 244 Seiten starke Buch enthält in knapper, klar geschriebener Form eine eingehende Schilderung aller Bruchenarten und ist durch zahlreiche wohlgelungene Abbildungen, deren wichtigere farbig sind, illustrirt. Die Abhandlung zerfällt in einen allgemeinen Theil, der sich mit der Definition des Bruches, der Bruchpforte etc., den subperitonealen Lipomen, Entstehung der Unterleibsbrüche, der allgemeinen Therapie, den Bruchzufällen, der Therapie der Brucheinklemmung, Begutachtung von Unterleibsbrüchen befasst. Der specielle Theil behandelt die verschiedenen Brucharten, auch die inneren Bruchformen, und geht des Genaueren auf die Radikaloperationen ein, deren Methode und Technik besonders bei der Bassini'schen Operation durch vorzügliche Abbildungen neben einer eingehenden, sehr verständlichen Beschreibung klargelegt werden. Es ist verständlich, dass Neues nicht gebracht werden konnte, und dass auf streitige Theorien (Brucheinklemmung) nur so weit eingegangen ist, als es unbedingt nothwendig war. Aber Verf. hat es verstanden, in präciser Form uns die Lehre von den Brüchen vor Augen zu führen, so dass das Buch für den Studirenden und praktischen Arzt ein werthvoller Wegweiser sein wird. Die Abbildungen sind klar und anschaulich, die Ausstattung des Buches ist eine gute.

Borchard (Posen).

---

6) **C. Pariser.** Über hämorrhagische Erosionen der Magenschleimhaut.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 43.)

Diese pathologisch-anatomisch seit Langem erkannte und gut studirte Erkrankung der Magenschleimhaut wurde zuerst von Einhorn (1895) beschrieben (Berliner klin. Wochenschrift 1895 No. 20). 1897 entwarf P. ein klinisches Bild der hämorrhagischen Erosionen, welches er nun auf Grund weiterer Beobachtungen ergänzt. Die Affektion ist charakterisirt durch sehr heftige, brennende, an die Nahrungsaufnahme gebundene Schmerzen, die unabhängig von der Art der Nahrung $^1/_4$ bis $^3/_4$ Stunde nach der Einführung derselben auftreten und ca. 2 Stunden und auch darüber andauern. Diese Schmerzen erstrecken sich gleichmäßig über das ganze Organ und werden durch Druck in keiner Richtung alterirt, eben so durch Änderung der Körperlage nicht beeinflusst. Auf eine vorgenommene Magenausspülung verschwinden die Schmerzen. Die Untersuchung der Motilität und des Chemismus des Magens ergiebt nahezu keine Abweichungen von der Norm. Im Ausgeheberten findet man regelmäßig kleine blutig gefärbte Schleimhautpartikelchen. Das Waschwasser erscheint meist durch eine minimale frische Blutung leicht röthlich tingirt. P. ist der Ansicht, dass die hämorrhagischen Erosionen nicht eine eigenwerthige Affektion, sondern eine merkwürdige

Komplikation einer chronischen Gastritis oder eine besondere Art der chronischen Gastritis darstellt, die er Gastritis chronica exfolians zu nennen vorschlägt. Die kleinen Erosionen haben keine Neigung, zu einem echten Geschwür zu werden, während große Erosionen zur Entstehung von rundem Magengeschwür Anlass geben können. Die Behandlung besteht in Höllensteinspülungen (1 : 1000 bis 1 : 2000), die jeden 2. Tag vorgenommen werden sollen. Die Nahrung muss eine möglichst reizlose sein und darf nur in Quantitäten zugeführt werden, die schnell den Magen verlassen können. **Gold** (Bielitz).

---

7) **A. Gluziński** (Lemberg). Über die Behandlung des peptischen Magengeschwürs.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 49.)

Der Inhalt der Arbeit G.'s, die die Vervollständigung seines in der gemeinsamen Sitzung der Sektionen für innere Medicin und Chirurgie des IX. Kongresses polnischer Ärzte und Naturforscher in Krakau erstatteten Referats (s. d. Blatt 1900 No. 40) enthält, verdient seiner interessanten Statistik wegen eine etwas ausführlichere Wiedergabe.

Verf. findet den Unterschied zwischen der Leube'schen Statistik (2,4% Mortalität, aus klinischem Material berechnet) und der von v. Mikulicz (25—30%, Obduktionsmaterial) zum großen Theil darin begründet, dass auf Grund der Symptomatologie Fälle zu den Geschwürsfällen gerechnet werden, die nicht dem Bilde des echten chronischen Ulcus rotundum (Cruveilhier und Rokitanski) entsprechen, sondern nur einen oberflächlichen, sehr häufig ohne eigentliche Narbenbildung verheilenden Erosionsprocess darstellen, oft auch selbst eines solchen entbehren. Den günstigen klinischen Zahlen steht das Obduktionsmaterial schroff gegenüber.

G. hat das Krakauer Sektionsmaterial der letzten 10 Jahre (Browicz) gesichtet und fand unter 11 298 Sektionen bei Weglassung der oben erwähnten »oberflächlichen frischen Verschwärungen« 95 Fälle älterer Geschwüre und Narben. Von diesen waren 29 = 30,5% aus einer mit dem vorhandenen Processe im Magen nicht streng zusammenhängenden Ursache zu Grunde gegangen; die restlichen 66 Fälle = 61% endeten durch das Geschwür oder dessen Folgezustände und vertheilen sich folgendermaßen:

	Frauen	Männer	Zusammen
Perforation und Peritonitis	9	18	27 = 28,4%,
Blutungen	5	12	17 = 18,0%,
Kachexie	3	3	6 = 6,3%,
Operation wegen Pylorusstenose	2	6	8 = 8,4%,
Übergang des Geschwürs in Carcinom	4	4	8 = 8,4%.

Unter Berücksichtigung des Umstandes, dass von den obigen 29 Fällen 7 an Tuberkulose starben, in 4 Fällen sich neben Narben

noch frische Geschwüre fanden und in 6 ein sich weiter entwickelndes Geschwür bestand, erscheint die Statistik der ungünstig verlaufenden Fälle des chronischen Magengeschwürs ohne Behandlung noch schlechter, als die von v. Mikulicz und von Debove und Rémond (50% Sterblichkeit).

Hinsichtlich der Lokalisation wiederholen sich in allen Handbüchern die Zahlen von Brinton, die auf 220 Autopsien begründet sind und sich nach anatomischen Gesichtspunkten wie folgt gruppiren: hintere Wand 49%, kleine Curvatur 26%, Pylorus 15,6%, vordere Wand 4,9%, große Curvatur 2,4% und Cardia 2,0%. Vom klinischen Standpunkte aus ist diese Gruppirung unzweckmäßig, da die chronischen Geschwüre oder Narben der Pars pylorica oder des Pylorus selbst, einerlei, ob sie auf der vorderen oder hinteren Wand, auf der kleinen oder großen Curvatur sitzen, dieselben Folgezustände, dasselbe klinische Bild hervorrufen, welches von dem durch Narben oder Geschwüre in anderen Theilen des Magens verursachten ganz verschieden ist.

Danach stellt sich das von G. gesichtete Material folgendermaßen dar:

Auf die Pars pylorica entfallen 56 Fälle, auf Pylorus und Cardia 4, Pylorus und Duodenum 2, Pylorus und Ösophagus 1, Duodenum 12, in Summa 75; auf die Mitte des Magens 17, und zwar hintere Wand 6, vordere Wand 2, kleine Curvatur 6, große Curvatur 3. Die übrigen 3 Fälle gehören der Cardia an.

Bezüglich des sonst betonten Überwiegens des weiblichen Geschlechts (Brinton 2 Frauen: 1 Mann, Steiner 11 : 8, Habersohn 127 : 74, Danziger 2 : 1, Anderson 35 : 3) bildete nur die Statistik von Wollmanz eine Ausnahme, welcher das Geschwür eben so häufig bei Männern wie bei Frauen fand. Dem gegenüber ergiebt G.'s Zusammenstellung das Vorkommen des chronischen Geschwürs oder Narben bei Frauen in 39 Fällen = 41%, bei Männern 56 = 59%. Während bei den 29 Todesfällen aus anderen Ursachen der G.'schen Statistik 16 Frauen und 13 Männer betheiligt sind, ändert sich das Verhältnis dort, wo das Geschwür selbst Ursache des Todes war. Hier starben 43 Männer gegenüber 23 Frauen (vgl. die erste angeführte Tabelle).

Es sind durch Perforation mit consecutiver Peritonitis und durch Blutungen 2mal mehr Männer als Frauen zu Grunde gegangen, und es ist bei Männern 3mal so oft wie bei Frauen zur Operation gekommen. Auch in G.'s Klinik war dasselbe Verhältnis; es entfielen von 17 operirten Fällen 15 auf Männer und nur 2 auf Frauen. Unter 28 von v. Mikulicz operirten Fällen waren 22 Männer und 6 Frauen, in Carle's und Fantino's Statistik 24 wegen Geschwürs operirte Männer gegen 12 Frauen. G. sucht die Erklärung dieser immerhin auffallenden Thatsache in dem Einhalten einer entsprechenden Diät seitens der Frauen, welche bei der Behandlung des Magengeschwürs der wichtigste Faktor ist und bleiben wird.

Bezüglich der Indikationsstellung zum chirurgischen Eingriff weicht G. nirgends von der heute allgemein giltigen ab.

Eine besondere Besprechung erfahren noch die Fälle von Geschwür, die in carcinomatöser Umwandlung begriffen sind.

G. glaubt mit Hilfe seiner Untersuchungsmethoden im Stande zu sein, derartige Übergangsformen bereits vor der Übergabe des Pat. an den Chirurgen diagnosticiren zu können und berichtet, dass ihm bisher noch kein Irrthum zugestoßen sei, obwohl in manchen Fällen erst das Mikroskop die Diagnose entschied.

Der Gang der Untersuchung ist folgender:

Untersuchung im nüchternen Zustand; nach sorgfältiger Magenspülung die von Jaworski und G. angegebene Probe mit gekochtem Hühnereiweiß; noch an demselben Tage Verdauungsprobe mit einem Beefsteak nach 4 Stunden. Diese 3 Proben sind eventuell mehrfach zu wiederholen.

In Fällen von Geschwür fanden sich in allen 3 Proben ein stark saurer Inhalt und beträchtliche Mengen freier Salzsäure. Bei Umwandlungen des Geschwürs in Carcinom stellt sich eine gewisse sekretorische Insufficienz ein, die sich in folgender Weise offenbart:

Nüchtern und nach der Eiweißmethode findet sich freie HCl, nach der Beefsteakprobe nur Spuren freier HCl oder nur gebundene HCl; am 2. Tage ist wieder im nüchternen Zustande und nach der Beefsteakprobe freie HCl ausgesprochen, während sie nach der Eiweißmethode fehlt etc.

In späteren Stadien sieht man, nachdem in den ersten Tagen nach den Probemahlzeiten deutlich freie HCl gefunden ist, nach ausgiebiger Magenspülung ein Schwinden der freien HCl, welche ganz gebunden wird, oder der Mageninhalt wird neutral, oder es tritt manchmal nach einer Woche Milchsäure auf.

Solche Fälle sind frühzeitig dem Chirurgen zu übergeben, auch bei den geringsten Symptomen einer Pylorusstenose und subjektivem Wohlbefinden.

Nur die Geschwüre der Pars pylorica wandeln sich nach den Erfahrungen G.'s in Carcinome um.

Nachzutragen wäre noch, dass G. bezüglich der Lokalisation der Perforationsstelle auf Grund seines pathologisch-anatomischen Materials gegenüber der Ansicht von v. Mikulicz, der auf der Basis der operirten Fälle 80% der perforirenden Geschwüre an der vorderen Magenwand gelegen findet, folgende Tabelle bringt: Unter 28 Perforationsfällen betrafen 2 das Duodenum, 26 den Magen. Von den letzteren kam 1 auf die Cardia, 2 auf den mittleren Theil des Magens und 23 auf die Pars pylorica. Auf die große Curvatur fiel 1 Fall, auf die kleine 3 Fälle, auf die vordere Wand 6, dagegen auf die hintere 18.

Hübener (Dresden).

---

8) **Lund.** The surgical treatment of gastric ulcer with report of cases.

(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 23.)

Zum Schluss der wesentlich kasuistischen Mittheilung kommt Verf. zu den Schlüssen:

1) Bei Perforation soll unbedingt sofort operirt werden.

2) Bei Fällen, die auf medicinische Behandlung nicht zurückgehen, soll vor völliger Erschöpfung des Pat. die Excision oder Gastroenterostomie gemacht werden.

3) Bei kleinen Blutungen, die durch ihre häufige Wiederholung schwere Anämie zu erzeugen drohen, soll frühzeitig operirt werden.

4) Bei Pat., die mehr als eine schwere Blutung erlitten haben, soll operirt, und zwar soll der Eingriff individuell angepasst werden.

Die Folgezustände des Magengeschwürs sind in der Mittheilung nicht berücksichtigt. **Trapp** (Bückeburg).

---

9) **W. Mintz.** Zur Kasuistik der primären Magensarkome.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 32.)

M. ergänzt die aus der Litteratur der letzten 40 Jahre von Schlesinger zusammengestellten 36 Fälle von primärem Magensarkom durch 5 Fälle, welche in der Schlesinger'schen Kasuistik nicht aufgenommen worden sind, und berichtet über einen weiteren Fall eigener Beobachtung:

Es wurden beobachtet 12 Lymphosarkome, 10 Rundzellensarkome, 5 Spindelzellensarkome, 2 Fibrosarkome, 4 Myosarkome, 2 Angiosarkome, 1 Rundzellen-Myxosarkom, 1 Fibrosarkom des Magens neben Carcinoma pylori.

In den übrigen Fällen wird die Neubildung schlechtweg als Sarkom bezeichnet. In der Mehrzahl der Fälle war der Sitz der Geschwulst an der großen Curvatur, am Pylorus; am häufigsten war sie diffus über den ganzen Magen verbreitet. Die Erkrankung war an 15- bis 78jährigen Individuen beobachtet. Bevorzugt war das 20. bis 35. Lebensjahr. In jenen Fällen, in welchen Magensaftuntersuchungen vorgenommen waren, fehlte die Salzsäure, hingegen war Milchsäure vorhanden. In 3 Fällen wurden die Boas-Oppler-schen Bacillen gefunden. Klinisch stimmt das Bild des Magensarkoms mit dem des Magencarcinoms überein, so dass die Differentialdiagnose zwischen beiden meist unmöglich ist.

M. legt nahe, selbst bei dem vollkommen ausgeprägten klassischen Symptomenkomplex der Lehrbücher etwas vorsichtiger mit der Carcinomdiagnose vorzugehen. **Gold** (Bielitz).

---

10) **Libman.** Über Dünndarmsarkome.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. VII. Hft. 4 u. 5.)

L. hat in kurzer Zeit 5 Fälle von primären Dünndarmsarkomen beobachtet, von denen 4 zur Autopsie kamen. Da seit der Arbeit

von Baltzer aus dem Jahre 1893 keine zusammenfassende Arbeit über diesen Gegenstand geschrieben, so entwirft L. auf Grund seiner eigenen und der in der Litteratur niedergelegten Fälle ein Bild der Pathologie, Symptomatik, Prognose und Therapie dieser Erkrankung. Er betont, dass 15mal das Duodenum, 18mal Jejunum und Ileum und 3mal der gesammte Darmkanal Sitz der Neubildung war. Die Serosa war bemerkenswertherweise meist frei von der Neubildung geblieben. Es kommt häufig zu einer Darmerweiterung am Sitze der Geschwulst dadurch, dass die Muscularis früh durchsetzt und gelähmt wird, und der Koth nun eine Erweiterung der Darmlichtung hervorruft. Betreffs der Symptomatologie hebt Verf. hervor, dass manche Fälle sehr ähnliche Erscheinungen wie eine akute Appendicitis machen. Die Prognose scheint absolut schlecht. Einige Pat. wurden mit gutem Erfolg operirt, jedoch fehlt das Endresultat, wie lange sie gesund blieben.

Haeckel (Stettin).

11) **K. Schwarz.** Ein Fall von Milzexstirpation wegen hypertrophischer Wandermilz.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 52.)

Ein Fall von wegen Hypertrophie (225 g Gewicht) mit Erfolg exstirpirte Wandermilz bei einer 36jährigen Frau giebt S. Veranlassung, unter Berücksichtigung der in der Litteratur niedergelegten Indikationen für Splenopexie und Splenektomie folgende Schlussfolgerungen aufzustellen:

1) Im Princip ist in allen Fällen von Wandermilz die Splenektomie der komplicirteren, in Bezug auf ihre Dauerresultate unsicheren Splenopexie vorzuziehen.

2) In denjenigen Fällen von Wandermilz, bei denen die Splenektomie wegen starker Verwachsungen oder sonstiger Komplikationen schwer ausführbar und gefährlich erscheint, ist eventuell der Splenopexie nach Rydygier oder Bardenheuer der Vorzug zu geben.

3) In allen Fällen von ganz bedeutend hypertrophirter Wandermilz kommt als operative Behandlung einzig und allein die Splenektomie in Frage.

Hübener (Dresden).

12) **Pick.** Zur Diagnostik der Infektion der Gallenwege.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. VIII. Hft. 1 u. 2.)

P. weist darauf hin, dass in den letzten Jahren eine erfreuliche Übereinstimmung in den Anschauungen über Entstehung der Gallensteine und das Wesen des Kolikanfalles sich angebahnt habe; dagegen bestehen noch wesentliche Differenzen zwischen Internisten und Chirurgen auf dem Gebiete der Therapie, und zwar zum Theil mit einer merkwürdigen Vertauschung der Standpunkte. Während nämlich die Internisten gerade bei Fällen von Cholelithiasis mit Infektion der Gallenwege Heilung vom chirurgischen Eingriff erwarten, lehnen Chirurgen (Riedel) die Operation in solchen Fällen ab, da



man bei bedenklicher Infektion des Gallengangsystems mit der Operation kein Glück habe. Jedenfalls geht daraus hervor, wie wichtig es ist, einen diagnostischen Anhaltspunkt zu haben, ob das Gallensystem schwer inficirt ist oder nicht. P. empfiehlt dazu die Feststellung der Leukocytenzahl. Bei eitrigen Entzündungen findet sich sehr oft eine Vermehrung der Leukocyten, 15000—40000, während tuberkulöse Entzündungen, Typhus abdominalis, wofern keine Mischinfektion dabei ist, normale Werthe oder selbst eine Verminderung der Leukocyten, 4000—9000, zeigen. P. sah nun in Fällen von Fièvre intermittente hépatique (Lariot) im Beginn der Erkrankung sowohl in der anfallsfreien Zeit als während der Anfälle fehlende Leukocytose. Später fand sich bei Sektionen, dass in der That kein Eiterungsprocess vorlag. Es wäre also danach das Fehlen der Leukocytose im Anfange der Erkrankung zur Differentialdiagnose gegenüber eitrigen Erkrankungen der Gallenwege zu verwerthen.

Haeckel (Stettin).

---

13) **Ehret** und **Stolz**. Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Cholelithiasis.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. VIII. Hft. 1 u. 2.)

In diesem 3. Theil ihrer Untersuchungen (cf. dieses Centralblatt 1901 p. 457) beschäftigen sich die Verff. mit der Entstehung der Cholecystitis purulenta. Durch zahlreiche Experimente weisen sie, zum Theil in Übereinstimmung mit den Untersuchungen früherer Autoren, nach, dass weder eine direkte Infektion der Gallenblase, selbst mit hochvirulenten Mikroorganismen, für sich allein, noch auch eine Störung des Gallenabflusses für sich allein im Stande ist, eine eitrige Cholecystitis purulenta zu erzeugen, dass das aber sehr gut möglich ist bei Kombination beider Momente, bei Infektion und gleichzeitiger Behinderung des Gallenabflusses. Zwischen der Leichtigkeit, mit welcher eine Infektion der Galle der Gallenblase wirksam wird und dem Grade der Störung des Gallenabflusses, besteht ein direktes Verhältnis. Je beträchtlicher die Behinderung des Gallenabflusses, d. h. je mehr Residualgalle bleibt, um so leichter kommt eine eitrige Entzündung zu Stande. Am ähnlichsten den menschlichen Verhältnissen gestaltet sich die Versuchsanordnung, wenn die Störung des Gallenabflusses nicht durch Unterbindung des Ductus cysticus oder choledochus, sondern durch Einbringen von Fremdkörpern in die Gallenblase (Steine, Drahtgestelle, Korkstücke etc.) hervorgebracht wird. Als Modus der Infektion wurde direkte Einbringung des infektiösen Materials in die Gallenblase gewählt, unter Verwerfung der Infektion vom Ductus choledochus aus. Unter besonderen Vehältnissen scheint auch eine Autoinfektion möglich. Bei Infektion von der Blutbahn aus ist es schwer, eindeutige Resultate zu erzielen.

Betreffs Gestaltung und Verlauf der so erzeugten eitrigen Gallenblasenentzündung ergab sich das bemerkenswerthe Resultat, dass

die eitrige Entzündung auf die Gallenblase beschränkt blieb, höchstens $^1/_6$ der Länge des Ductus cysticus mitergriff; in scharfer Linie setzte sich stets der entzündete von dem nicht entzündeten Theile ab. Die Galle ist also nicht im Stande, in den Bereich der eitrigen Entzündung einzudringen.

Steinbildung kam nie bei diesen Experimenten vor, auch keine Cholestearinbildung.

Unter aller Reserve, welche gerade auf diesem Gebiete bei Übertragung von Schlüssen aus Thierexperimenten auf die menschliche Pathologie geboten ist, lenken die Verff. die Aufmerksamkeit auf folgende Punkte:

Das Resultat der Experimente legt es nahe, auch beim Menschen Entstehung eitriger Cholecystitis durch Infektion und Störung des Gallenabflusses zu erklären. Wenn ein mit Gallensteinen Behafteter einen akuten Durchfall bekommt, oder Otitis media, Pneumonie, Erysipel, Periostitis, Wochenbetterkrankung etc., so können in die in ihrer Motilität geschädigte Gallenblase Keime eindringen und eine Cholecystitis erzeugen; ähnlich beim Typhus. Ferner: wird bei dem so häufig konstatirten gelegentlichen Vorhandensein einiger Keime bei Gallenstein durch Einklemmung des Steines die Motilität sehr stark gestört, so führen die bis dahin harmlosen Keime zur Entzündung.

Nicht heftige, akute Entzündungen erzeugen Steine, sondern es sind ganz abgeschwächte Entzündungen, fast latent verlaufende Processe, die die Steinbildung befördern.

Die Erfahrung, dass Galle in den Bereich experimenteller eitriger Entzündung nicht eindringen kann, entspricht ähnlichen Beobachtungen am Menschen. **Haeckel** (Stettin).

---

14) H. Wohlgemuth. Die Fraktur des Tuberculum majus humeri.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 43.)

Das Abreißen des Tuberculum majus kommt als isolirte Verletzung sehr selten, häufiger als Nebenverletzung bei Schulterverrenkung und Bruch im Humerushalse vor. Hier treten die Symptome der Hauptverletzungen in den Vordergrund der pathologischen Erscheinungen. Verf. erörtert die klinischen Erscheinungen, auf Grund welcher die Diagnose der Fraktur des Tuberculum majus gestellt werden kann. Doch giebt vollen Aufschluss über die Art und Ausdehnung der Verletzung allein die Skiaskopie.

Verf. demonstrirte in der Sitzung der Berliner med. Gesellschaft vom 2. Mai 1900 die Röntgenbilder zweier Verletzungen, die je eine Fraktur des Tuberculum majus bei Schulterverrenkung und Oberarmhalsbruch aufwiesen, und skizzirt die Krankengeschichten der beiden Fälle. **Gold** (Bielitz).

---

15) **Tilmann.** Der schnellende Finger. (Aus der chirurg. Klinik zu Greifswald.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 43.)

T. hatte Gelegenheit, 5 Fälle dieser Abnormität der Bewegungsfähigkeit der Finger zu beobachten, und spricht seine Ansicht dahin aus, dass es sich bei schnellendem Finger um eine knotenförmige Verdickung der Beugesehnen handelt, die dadurch zu Stande kommt, dass die Sehnen beim Umfassen harter Gegenstände durch weiche arbeitsungewohnte Hände an einer Stelle gegen die an der Volarseite des Köpfchens des Mittelhandknochens befindlichen Knochenvorsprünge wiederholt gedrückt werden. Diese verdickte Sehne vermag den centralen scharfen Rand der Sehnenscheide der Finger in der Höhe der Mittelhandgelenke nicht zu passiren; es muss vielmehr erst eine Dehnung dieses Randes erfolgen, bis unter schnappendem Geräusch der Knoten unter den scharfen Rand hinweggleitet. Der Verlauf des Leidens ist ein sehr langwieriger. Seine Behandlung besteht in frischen Fällen in Fixation des betreffenden Fingers in gestrekter Stellung auf einer Schiene, in täglichem Verbandwechsel, in Pinselung mit Jodtinktur und Massage. In älteren Fällen, wenn die Schmerzen nachgelassen haben, empfehlen sich fortgesetzte passive Bewegungen. Versagen diese Methoden, dann bleibt nur die Entfernung des Knotens übrig. **Gold** (Bielitz).

---

16) **C, Beck.** Osseous cysts of the tibia.

(Amer. journ. of the med. sciences 1901. Juni.)

Verf., der sich um die Nutzbarmachung der Röntgenstrahlen für die Chirurgie schon manches Verdienst erworben hat, weist neuerdings auf die Brauchbarkeit des Verfahrens zur Sicherstellung der Differentialdiagnose zwischen Osteosarkom und Knochencysten der langen Röhrenknochen hin. Während bisher diese Diffentialdiagnose außerordentlich schwierig, ja in der Mehrzahl der Fälle ohne Probeoperation überhaupt nicht zu stellen war, konnte B. durch das skiagraphische Studium einer größeren Zahl von Osteosarkomen den Nachweis führen, dass sich bei ihnen die Grenzlinien des Knochens stets mehr oder weniger abnorm und unbestimmt, an manchen Stellen sogar völlig durchscheinend zeigen, während bei den Knochencysten die Knochenschale zwar dünn und schmal, aber stets deutlich und regelmäßig ist; eben so zeigt bei ihnen der leichte Schatten des völlig durchscheinenden flüssigen Centrums die gleiche Regelmäßigkeit. Die anstoßenden Epiphysen sind normal.

B. illustrirt diese Verhältnisse durch die Krankengeschichten und Skiagramme von 2 Fällen, bei denen mit Hilfe des Verfahrens eine sichere Diagnose vor der Operation gestellt werden konnte. Die fundamentale Bedeutung dieser Beobachtung für die Therapie liegt auf der Hand. **R. v. Hippel** (Kassel).

---

17) **E. Vincent.** Resultats éloignés de la tarsoplasie dans les pieds bots difficiles.

(Revue de chir. 1901. No. 5.)

Verf. überblickt die Reihe der Redressements von Klumpfuß, die er mittels umgeformten Osteoklasten Robin's in 16 Jahren ausgeführt hat. Aus seinem Material, das mehr als 500 Fälle umfasst, sucht Verf. auf folgende 3 Fragen zu antworten, die Ollier erhoben hat:

1) Wie sind die Dauererfolge?

2) Beobachtet man nicht nach dem Redressement Entzündung des Knochens, vor Allem Tuberkulose?

3) Welche Verletzungen bringt der Osteoklast bei der »Tarsoplasie« (dem Redressement) hervor?

Von 204 in der Zeit von 9 Jahren (1884—93) operirten Fällen hat Verf. nur 16 nachprüfen können: Es zeigte sich, dass die Erfolge bei den ärmeren Pat. im Allgemeinen nicht sehr zufriedenstellend sind, weil Mangel an Ausdauer und Sorgfalt der Nachbehandlung das einmal gewonnene Resultat bald wieder verloren gehen lässt; sie müsste monate- und jahrelang fortgesetzt werden durch Massage und Tragen geeigneter Fußbekleidung und von Schienenhülsenapparaten.

Was Frage 2) betrifft, so ist es interessant, dass Caries der Fußwurzel als Folge der Tarsoplasie niemals beobachtet wurde, so dass man beinahe annehmen möchte, dass die Kranken mit Pes varus der Caries besonders wenig ausgesetzt seien.

Um auf die 3. Frage zu erwidern, hat V. eine Anzahl redressirter Füße skiagraphisch untersucht. Hierzu waren natürlich nur ältere Individuen geeignet, und es zeigte sich, dass im Allgemeinen nur Verletzungen erzeugt waren, die man als Verstauchung bezeichnen könnte. Wirklicher Bruch wurde nur einmal beobachtet: es zeigte das Röntgenbild eine Durchtrennung des Os scaphoid. und vielleicht Absprengungen von den Metatarsen 4 und 5 (event. auch calcan. und cuboid.). Die Aufnahme stammt von einem 20jährigen Mann, der mit 11 Jahren die Tarsoplasie durchgemacht hatte; das Ergebnis war ein vorzügliches noch 8 Jahre später.

Auf die Wiedergabe technischer Einzelheiten, so wie Beschreibung des V.'schen Apparates darf wohl verzichtet werden; man erhält die Anschauung, dass der Lorenz'sche weit einfacher sei. Die Figuren sind leider zum Theil recht undeutlich, was vom oben besprochenen Röntgenbild bedauerlicherweise besonders Geltung hat.

Christel (Metz).

---

18) **Franke.** Neue Methode der operativen Behandlung des Plattfußes etc.

(Therapeutische Monatshefte 1901. No. 4.)

Einen schwereren Fall von Plattfuß behandelte F. erfolgreich durch operative Verkürzung der Sehne des Tibialis posticus; die

über einander verzogenen Schnittenden der Sehne wurden vernäht und dadurch eine Verkürzung von 1,5 cm herbeigeführt. T. empfiehlt dies vorher auch schon von Hoffa geübte Verfahren bei solchen Fällen von Plattfuß, welche, ohne schwerere Knochenveränderungen aufzuweisen, doch der unblutigen Behandlung trotzen.

Willemer (Ludwigslust).

---

19) **P. G. Unna** und **E. Delbanco.** Beiträge zur Anatomie des indischen Madurafußes (Mycetoma, Fungus diesease of India).

(Monatshefte für praktische Dermatologie und Syphilis Bd. XXXI. No. 12.)

Unter eingehender Berücksichtigung der Litteratur berichten die Verff. über ihre histologischen Untersuchungen von Präparaten des vor Allem in Indien vorkommenden Madurafußes. Sie haben dabei interessante Resultate z. B. bezüglich der hyalinen Zelldegeneration erhalten. Das Resultat ihrer Arbeit ist, dass die Strahlenpilze des Madurafußes mit den Aktinomyces verwandt sind, dass aber auch nach dem histologischen Bild verschiedene einander nahe stehende Pilzarten dieser exotischen Erkrankung zu Grunde liegen. 2 Tafeln mit histologischen Bildern illustriren die Arbeit.

Jadassohn (Bern).

Kleinere Mittheilungen.

20) **Velde** (Peking). Bericht über die allgemeinen Gesundheitsverhältnisse so wie über die Thätigkeit und Beobachtungen in dem internationalen Hospital während der Belagerung der Gesandtschaften in Peking.

(Sonderabdruck aus der Deutschen med. Wochenschrift 1900. No. 50.)

Wie aus den Tagesblättern bekannt ist, hatte V. während der Belagerung der Gesandtschaften in Peking als Chefarzt ein in der englischen Gesandtschaft eingerichtetes internationales Hospital zu leiten und hat in dieser Stellung sich der ungetheilten Anerkennung aller Betheiligten zu erfreuen gehabt. Das zur Verfügung stehende Verwundetenmaterial war nicht groß, doch kamen offenbar nur die schweren Verwundungen in das Hospital, während zahlreiche leichtere Verwundungen in den einzelnen Gesandtschaften »im Revier« behandelt wurden, wie aus der beigegebenen Tabelle über die gesammten Verluste hervorgeht. Im Hospital wurden eingeliefert 166, davon tod 5, innerhalb 24 Stunden verstorben 13, nach längerer Zeit 4, an Krankheiten (Ruhr) gestorben 2, im Ganzen gestorben 24. Von den Aufgenommenen litten an Krankheiten 40, an Wunden 126; einige hatten mehrere Wunden. Von diesen waren 97 durch Gewehr-, 18 durch Artilleriegeschosse, 10 durch abgesprengte Steine, 1 durch Speer hervorgebracht.

Unter den 33 Kopfschüssen finden wir 6 Todesfälle = 18,1%, wenig über den Durchschnitt; unter den Gesichtswunden heilten mehrere mit Taubheit, Verlust des Auges oder mit Gesichtslähmungen.

Von den 13 Verwundungen der Brust und des Rückens verliefen 3 = 23% tödlich, und zwar durch Verletzung großer Gefäße. Unter den Geheilten befindet sich auch einer, welchem durch ein 12 mm-Geschoss 3 Rippen zertrümmert waren mit breiter Eröffnung der Brusthöhle: es stießen sich große Fetzen Lungengewebe ab. Von den 7 Halswunden führten 2 = 28,8% zum Tode, und zwar 1mal durch Verletzung der Halsschlagader trotz Unterbindung, 1mal durch Verletzung

der Luft- und Speiseröhre trotz Tracheotomie, beide nach 24 Stunden. Noch erheblicher war die Sterblichkeit bei den 6 Bauchwunden, nämlich 5 oder 83,3%; nur 1 Haarseilschuss durch die Bauchdecken heilte rasch; 2 perforirende Bauchschüsse mit Verletzung der Leber und 2 mit Durchlöcherung des Darmes endeten nach wenigen Stunden tödlich, von den letzteren 1 nach Bauchschnitt und Resektion des vorgefallenen Darmstückes mit Einnähen der Darmenden in die Wunde. Endlich verfiel noch 1 Mann mit Zertrümmerung des Kreuzbeines ohne Darmverletzung dem Tode durch erschöpfende Eiterung. Weniger gefährlich waren die Verletzungen der Gliedmaßen; doch starben hiervon 2 an Wundstarrkrampf am 7. und 10. Tage nach der Verwundung; und zwar handelte es sich um 1 Knöchel- und 1 Unterschenkelknochenbruch. Den Infektionsstoff sucht V. in den mit Gartenerde beschmutzten Schuhen und Beinkleidern der Verwundeten. Sonst war die Eiterung selten und gewöhnlich nicht schwer, so dass nur wenig verstümmelnde Operationen nöthig waren.

Primäre Operationen wurden 9 gemacht mit 8 Todesfällen: 3mal Luftröhrenschnitt, 1mal Kehlkopfschnitt wegen Zerstörung der vorderen Kehlkopfwand (Heilung), 1mal Bauchschnitt, 2mal Aufmeißelung des Schädels, 2mal Unterbindung der Carotis und Femoralis. Dagegen gingen sämmtliche sekundäre Operationen in Heilung aus, nämlich: 4mal Aufmeißelung großer Röhrenknochen, 2mal Aufmeißelung des Schädels, 2mal Entfernung des Augapfels, 1mal Brustschnitt, 1mal Resektion des Kniegelenks. Außerdem wurden 17mal Gewehrgeschosse und deren Theile, 4mal Sprengstücke von Granaten primär entfernt, meist durch kleine Einschnitte; sie lagen unmittelbar unter der Haut. Dass so viele Geschosse stecken blieben trotz der geringen Entfernung, aus welcher fast alle Verletzungen gesetzt waren, deutet allein schon auf die Häufigkeit der Aufschläger hin, neben der zerrissenen Beschaffenheit vieler Hautwunden. Vielleicht mag auch schlechtes Pulver u. dgl. benutzt worden sein. Dass Geschosse verschieden großen Kalibers nicht erheblichere Verschiedenheiten der Wunden bedingten, erklärt sich V. mit Recht aus dem geringen Abstande. Dagegen beobachtete er in mehreren Fällen eine heftige explosive Wirkung der Mannlichergeschosse, wie er meint, weil die Chinesen die Patronen nicht einfetten, schlecht aufbewahren, auch wochenlang bei feuchtem Wetter in offenen Gürteln bei sich tragen, wodurch dann tiefe, theilweise die Manteldicke durchsetzende Rostflecke entstehen, die starke Zerreißungen des Mantels und der getroffenen Gewebe herbeiführen; mit Sicherheit ließ sich nachweisen, dass diese Geschosse nicht vorher aufgeschlagen waren.

Hinsichtlich der Behandlung bemerkt V., dass bei Anlegen des ersten Verbandes Desinfektion der Umgebung der Wunde ohne Berührung derselben, aseptischer Verband und Ruhestellung erstrebt wurden; bei Durchbluten des Verbandes, meist in 24 Stunden, Verbandwechsel. Primäre Blutung durch Wundtamponade stillen zu wollen, hält Verf. nicht für zweckmäßig, weil sich hinter dem Tampon Blut und Wundflüssigkeit ansammle und zu späterer Eiterung führe; auch die Wundverklebung sei dadurch ausgeschlossen.

Zwar ist die Zahl der Beobachtungen nicht groß, aber hochinteressant durch die Art, wie sie gemacht wurden. Unter schwierigen Verhältnissen bewährt sich der Mann! **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

21) Wendel. Charakterveränderungen als Symptome und Folgen von Erkrankungen und Verletzungen des Stirnhirns.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VII. Hft. 4 u. 5.)

Bekanntlich ist nach Ansicht der Mehrzahl der Neurologen charakteristisch für Erkrankungen des Stirnhirns eine Reihe von Charakterveränderungen; Reizbarkeit, Gewaltthätigkeit, Boshaftigkeit und Witzelsucht. In den bisher veröffentlichten Fällen handelte es sich stets um bleibende, unverbesserliche Zustände mit nachweisbarem Defekt von Stirnhirnsubstanz. W. ist nun in der Lage, zwei charakteristische Fälle der gleichen Veränderung zu geben, die nach Verletzungen auftraten, aber nur vorübergehender Natur waren. In dem 1. Falle handelte es sich um eine komplicirte Fraktur des Stirnbeines; nach einigen Tagen musste die

Dura eröffnet werden, um zertrümmerter Gehirnsubstanz Austritt zu gewähren. Bei dem früher bescheidenen und ruhigen Mädchen traten nach Aufhören der Bewusstlosigkeit die genannten Charakterveränderungen auf und schwanden innerhalb dreier Monate allmählich. Sie wurde vollkommen heil. In dem anderen Falle war es ohne Schädelfraktur zu einem extraduralen Blutergusse gekommen, der auf den Stirnlappen drückte. 3 Tage nach Entleerung des Blutergusses kam das Sensorium wieder, allein zugleich fanden sich jene Charakterveränderungen im ausgeprägtesten Maße ein, blieben 10 Tage bestehen, um völlig wieder zu verschwinden. Sehr bemerkenswerth ist, dass beide Male die Verletzung eine rechtsseitige war, womit übereinstimmt, dass auch bei chronischen Erkrankungen fast ausschließlich bei rechtsseitigem Sitz die Charakterveränderungen vorkamen. Danach ist es gewiss kein Zufall, dass W. bei einer ganz ähnlichen linksseitigen Verletzung die Charakterveränderung nicht beobachtete. **Haeckel** (Stettin).

22) **Kausch.** Über Magenektasie bei Rückenmarksläsion.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. VII. Hft. 4 u. 5.)

K. sah in 2 Fällen von schwerer Rückenmarksschädigung durch Wirbeltuberkulose — einmal Querzerreißung des Rückenmarkes, das andere Mal so starke Kompression, dass die Ganglienzellen an der Hauptverrenkungsstelle völlig geschwunden waren — bei der Autopsie enorme Magendilation. Mit völliger Bestimmtheit lässt sich eine Erklärung nicht geben, doch scheint die Magendilatation erzeugt zu sein durch ein Zusammentreffen verschiedener Momente: das Rückenmarksleiden, die chronische Verstopfung, die Leere der Därme, die beständige Rückenlage, die mangelhafte Bauchpresse, der Marasmus wirkten zusammen

Haeckel (Stettin).

23) Über Appendicitis.

(Diskussion in der med. Gesellschaft in Christiania, referirt in »Norsk Magaz. for Laegevid. 1900. Mai—November.)

J. Nicolaysen und K. Thul publiciren das Resultat von einer Statistik, die sie mit der Hilfe der Kollegen H. J. Thiel und R. Klem gesammelt haben. Das Material des Diakonissen-Krankenhauses ist ihnen von dem Oberarzt Dr. Vetlesen überlassen. — Die meisten Pat. gehören der privaten Klientel zu. — Die Statistik umfasst 202 Fälle; davon waren 81 Männer und 121 Weiber, was bemerkenswerth ist, da die meisten veröffentlichten Statistiken das Gegentheil aufweisen. Die Mortalität betrug 12 Fälle von 202 = 5,9%. Recidive traten in 60% auf. Das erste Recidiv kam im ersten Jahre in 75%, in den zwei ersten Jahren in 87%, was gegenüber den Lebensversicherungsgesellschaften sehr wichtig zu konstatiren ist. Nach zwei Jahren ist also die Gefahr gegenüber Recidiven bedeutend reducirt.

N. hat die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei Appendicitis und einige Verhältnisse bei der Spontanheilung untersucht und kommt zu folgendem Resultate: Man ist berechtigt anzunehmen, dass die Entzündung von Bakterien hervorgerufen wird. — Die Operationsbefunde haben außerdem gezeigt, dass der Anfall im größeren Theil der Fälle auf Perforationen oder tiefen Ulcerationen mit umschriebenen peritonealen Abcessen beruht. Trotzdem zeigt diese Statistik eine relativ günstige Mortalität — nämlich 6%.

Sowohl die Statistik als die Funde bei Operationen im freien Intervall deuten dahin, dass eine Spontanheilung selbst sehr vorgeschrittener Destruktionen nach Appendicitis eintritt, und die untersuchten Fälle führen zu der Auffassung, dass der Heilungsprocess mit dem Absterben der Mikroben seinen Anfang nimmt, und dass danach die Ulcerationen durch Narbenbildung heilen und die anwesenden Abscesse resorbirt werden.

Mit Rücksicht auf Operation findet T. diese in jedem Falle von chronischer Appendicitis indicirt. Bei akuten Anfällen mit freien Intervallen ist zur Operation zu rathen, wenn Pat. in seiner Thätigkeit zu viel gehemmt wird, ängstlich ist, und besonders, wenn die Anfälle an Häufigkeit und Intensität zunehmen. Werden diese

dagegen seltener und gelinder, findet keine Druckempfindlichkeit in den freien Intervallen statt, so kann man sich exspektativ verhalten.

O. Semb referirt zwei Fälle von Appendicitis während Schwangerschaft und Geburt.

1) Schwangerschaft im 6. Monate; früher keine Appendicitis. Ein perityphlitischer Abscess wurde eröffnet; an demselben Tage Abort, am folgenden Tod. Von einem appendicitischen Abscess hatte sich die Infektion durch die rechte Tube zum Uterus fortgepflanzt und hier eine diphtheroide Endometritis rings um die Einmündungsstelle der rechten Tube hervorgerufen.

2) Schwangerschaft vom November 1899. Im Anfang des Decembers eine Appendicitis, welche chronisch wurde. Den 20. Februar 1900 Laparotomie: der Wurmfortsatz war im kleinen Becken verwachsen, das große Netz mit Colon ascendens und Coecum zusammengewachsen; zwischen den Verwachsungen mehrere kleine Eiterherde. Nach der Operation zunehmender Marasmus. 24. März Abortus; 25. März Tod. — Bei der Sektion findet man eine chronische Peritonitis mit Verwachsungen der Organe im Bauch und kleinen Becken und viele kleine Eiterherde zwischen den Verwachsungen. Doppelseitige eitrige Salpingitis. Auch im rechten Eierstock einige Eiterherde. S. meint, dass Schwangerschaft nicht zur Appendicitis disponirt, während der Schwangerschaft aber chronische oder latente Appendicitis vielleicht mehr zu Exacerbation neigt. — Die Schwangerschaft kann außerdem die Gefahr der Appendicitis vergrößern, wenn Verwachsungen zwischen Wurmfortsatz und dem schwangern Uterus oder Adnexen eintreten. Bei der Geburt können schützende Verwachsungen oder ein mit den inneren Geschlechtstheilen verwachsener Wurmfortsatz zerrissen werden. Die Infektion kann sich ferner von dem appendicitischen Abscess zum Uterus verpflanzen. Abortus ist häufig bei schweren Fällen von Appendicitis, selten bei den katarrhalischen Formen. Eine genügend große Statistik fehlt aber noch. Operation ist nach S.'s Anschauung nicht in allen Fällen nothwendig, nur wenn Recidive vorliegen, und in den schwereren akuten Fällen anzurathen.

Malthe operirt in dem freien Intervall nach folgenden Indikationen:

1) Nach häufigen, gelinden oder schweren Anfällen.

2) Nach einem oder mehreren Anfällen mit nachfolgenden, chronischen Beschwerden: Schmerzen, Dyspepsien etc.

3) Nach erstem Anfall, wenn dieser außerordentlich schwer oder lebensgefährlich gewesen ist, oder nach einem leichten Anfall, wenn er Arbeitsleute oder Leute mit körperlich anstrengenden Geschäften betrifft.

Er hat ca. 90 Fälle ohne Todesfall operirt. Seine Erfahrung bei akuter Appendicitis ist gering, da die meisten Fälle in Norwegen mit Narkoticis behandelt werden. Nach Broca beträgt bei Eingriffen im Verlaufe der ersten 24—48 Stunden die Mortalität 10%. Wenn die von Nicolaysen und Thul gebrachte Statistik mit nur 6% Mortalität ohne operativen Eingriff auch bei größerem statistischem Material Stich hält, reservirt M. sich gegenüber Eingriffen bei akuter Appendicitis.

Laache referirt über eine Hospitalstatistik von 130 Fällen, 58 Männer und 72 Weiber, wovon 58% in dem Alter von 20—30 Jahren, nur 12% in 30—40 und 3,8% in 40—50. Mortalität 10%. Recidive in 11%. Verstopfung ist in 15—20% vorausgegangen, Diarrhöe in 20%. — L. referirt über 3 Fälle, worin der Wurmfortsatz nur ganz wenig angegriffen war; im Ileum resp. Jejunum und Coecum dagegen waren Geschwüre und Perforationen gefunden worden. Lennander hat konstatirt, dass der Wurmfortsatz auch fehlen kann — selbst bei ausgeprägtem Appendicitisanfall. Oftmals handelt es sich um eine Enteritis follicularis, bei der auch der Wurmfortsatz angegriffen ist. — L. möchte gern den alten Namen Perityphlitis beibehalten, als mehr umfassend; auch Küster's Bezeichnung Epityphlitis ist besser als Appendicitis.

Die Therapie der akuten Appendicitis ist Opium, absolute Diät und Antiphlogose (Eisblase, Blutegel). Nur bei Abscessbildung ist chirurgischer Eingriff nothwendig, und auch die chronische Appendicitis gehört der Chirurgie zu. Eine

durchgeführte, nicht zu kurz dauernde Behandlung des ersten Anfalles ist von großer Bedeutung, indem dadurch oft Recidive verhindert werden.

Gjertsen empfiehlt vorsichtige Massage nach überstandenem Anfall, auch nach Resectio appendicis, indem ein atonischer Zustand des Dickdarmes mit Verstopfung und Meteorismus oft zurückbleibt.

H. J. Vetlesen glaubt, auf 20jährige Erfahrung gestützt, dass die angegebene Mortalität (6%) richtig ist. Er empfiehlt große Opiumdosen bei akutem Anfall, 20—30 Tropfen bis dreimal täglich.

Jervell hat 97 Fälle von Appendicitis in dem freien Intervall, 15 Fälle während des Anfalles operirt. Von den 97 sind zwei gestorben, von den 15 drei nach dem Eingriffe. Oft entwickelt sich chronische Appendicitis, ohne dass ein akuter Anfall vorausgegangen ist, und die Symptomatologie kann der einer Dyspepsie ganz ähnlich sein. Im Allgemeinen findet man Druckschmerz an McBurney's Punkt, und oft lässt der verdickte Wurmfortsatz sich als ein bleistiftdicker Strang tasten; eben so ist auch lokaler Meteorismus durch den Perkussionsschall zu konstatiren. Das anatomische Substrat ist häufig eine Striktur mit Retention. — L. operirt im freien Intervall nur bei chronischer Appendicitis, wenn er zwischen den akuten Anfällen Zeichen eines chronischen Irritationszustandes der Appendix konstatirt. Bei einem akuten Anfall kann nämlich die Appendix ganz obliteriren und schrumpfen und niemals später Anlass zu Retention geben; dann ist ein operativer Eingriff nicht nothwendig. Rechtseitige Ureteritis und incarcerirter Nierenstein werden mit Appendicitis nicht ganz selten verwechselt. J. hat einen Pat. nach der Operation an akutem Magenverschluss verloren; 3 Tage hindurch hatte er an unablässigem Erbrechen gelitten. Bei der Sektion wurde eine enorme Dilatation des Magens und Collaps der Gedärme gefunden. Diese Erscheinung nach Bauchoperationen ist von J. Berg und Malthe früher beschrieben. Während der akuten Anfälle sind 10 bei Abscessbildung operirt, 1 bei akuter Perforation der Appendix, 2 bei Ileus, von Appendicitis hervorgerufen, 2 bei diffuser Peritonitis; nur die 2 letzten starben.

Brandt hat 2 Fälle von Appendicitis, mit Cholelithiasis verbunden, operirt. Bei 3 Pat. hat eine schwere Dysmenorrhoe nach einer Appendektomie aufgehört, was bemerkenswerth ist, da keine Adhärenzen mit den inneren Geschlechtstheilen gefunden waren.

Roll referirt die von einem internen Arzt (Dr. Wollf, New Yorker med. Monatsschrift, 1899 Juli) aufgestellten Indikationen für operativen Eingriff bei akuter Appendicitis, die er zu den seinen macht. »Ist der Puls 120 und hält so an, soll man augenblicklich operiren; eben so, wenn Frostanfall auftritt, dann ohne Rücksicht auf die Beschaffenheit des Pulses; weiter bei recidivirender Appendicitis, und wenn ein perityphlitischer Abscess konstatirt ist.«

Nach frühzeitiger Operation im Anfang der Krankheit erhält Pat. eine normale Bauchwand, seltener, wenn die Operation später in dem akuten Stadium nothwendig ist, indem oft Tamponade hier die Primärheilung verhindert. Der operative Eingriff gleich nach dem Anfange des akuten Anfalles giebt eine gute Prognose, später im Verlaufe der Krankheit, besonders bei schweren Symptomen, ist die Gefahr der Operation größer, doch wohl nicht größer als die bei interner Behandlung. Die Operationsprognose bei recidivirender Appendicitis ist dieselbe wie bei akuter. Ein Abscess muss sogleich geöffnet werden. Die perforative Peritonitis muss so schnell wie möglich operirt werden. Die operative Behandlung bei chronischer Appendicitis und im freien Intervall giebt in der Regel eine gute Prognose.

J. Nicolaysen. Bei Operation der akuten Appendicitis ist in vielen Fällen die Exstirpation des Wurmfortsatzes unmöglich, womit dann Recidive späterhin nicht ausgeschlossen werden. Oft folgen Bauchbrüche. Die von Thul und N. gesammelte Statistik weist auch dahin, dass chirurgische Behandlung in dem akuten Stadium nur ganz ausnahmsweise nothwendig ist.

Jervell hält die von Deaver und Morris bei akuter Appendicitis ordinirten Abführmittel für schädlich: Schmerzen und Erbrechen werden dadurch vergrößert. Er braucht große Opiumdosen im Anfang des Anfalles. Er operirt eine akute Appendicitis nur, wenn die innere Behandlung keine Besserung verschafft und wenn eine Eiteransammlung vorliegt, wo das Expektoriren gefährlich wird. Bei diagnosticirter, akuter Perforation operirt er so schnell wie möglich.

Nicolaysen schließt sich der Richtung an, die den operativen Eingriff der akuten Appendicitis so früh wie möglich anräth; nur bei zu spät ausgeführter Operation ist die Prognose schlecht. Die Opiumwirkung täuscht oft sowohl Arzt als Pat.

H. J. Vetlesen versteht nicht, welche Täuschung Opium bewirken soll. Euphorie lässt sich doch leicht von Pseudoeuphorie trennen. Maßgebend ist die Beschaffenheit des Pulses, die Respiration, die Gesichtsfarbe, der Ausdruck des Gesichts, die Beschaffenheit des Unterleibes.

P. F. Holst referirt eine Hospitalstatistik (med. Abtheilung B des Reichshospitals) von 117 Appendicitisfällen, 54 Männer und 63 Weiber. 25 Fälle sind operirt worden. Mortalität für alle Fälle 9,4%. Im Ganzen ist die Opiumtherapie hier durchgeführt.

75% sind Fälle des ersten Anfalles, 25% Recidive; danach ist der erste Anfall in der Regel der schwerste. Viele von den tödlich endenden Fällen sind im Beginn der Krankheit nicht mit Opium behandelt worden; das ist im Anfang des Anfalles das souveräne Mittel.

Malthe referirt über 9 Statistiken des Auslandes, wovon die von Kümmell (Chirurgenkongress Berlin 1899) mit 3,7% Mortalität die beste ist; diese Fälle sind nur intern behandelt.

Außer dem unmittelbaren Mortalitätsverhältnis bei der Operation der akuten Appendicitis riskirt man Fisteln, Hernien nach Tamponade, zurückgelassene Appendices, wodurch recidivirende Appendicitis drohen kann.

Mit Rücksicht auf Operation bei der diffusen supp. Peritonitis appendic. referirt er über 9 Statistiken. Die ausgezeichneten Erfolge dieser Operationen verlieren aber sehr viel an Werth, wenn man die Fälle in den Originaljournalen nachgeht. Es zeigt sich dann, dass mehrere von diesen geheilten Fällen gar nicht diffuse supp. Peritonitiden gewesen sind, sondern Abscesse mit serösen Peritonitiden, und dass sich auch progrediente supp. Peritonitis in diesen Zahlen mitgerechnet finden. Eine ganze Reihe Fälle sind ausgeschieden als ungünstig für die Operation, und das sind eben solche Fälle, bei welchen norwegische Chirurgen gewöhnlich die Gelegenheit haben werden, eine Operation anzurathen oder zu verweigern: solche Fälle, die Sonnenburg und v. Mikulicz-Tietze in ihren Statistiken mit resp. 9 Operirte — 9 Todte und 3 Operirte — 3 Todte aufführen. Ist die Peritonitis diffus und eitrig, dann stellt sich die Mortalität viel schlechter, selbst wenn man seine Fälle unter den besten wählt und die schwersten nicht operirt. Alle diffus eitrigen Fälle, die M. operirt hat, sind gestorben, während auch einige Fälle, die er als unoperativ zurückwies, geheilt sind nach Entleerung später lokalisirter Abscesse. Körte giebt an, 7 akut diffuse supp. Appendixperitonitiden konservativ behandelt zu haben, von denen 4 geheilt sind.

M. ist demnach mit Kümmell geneigt zu glauben, dass eine wirklich diffuse supp. Peritonitis nicht ohne Operation geheilt werden kann; dass aber die Diagnose ohne Laparotomie schwer zu stellen ist, das beweisen hinreichend die Irrthümer, die theils die Laparotomie enthüllt, theils Abwarten wahrscheinlich macht; das Krankheitsbild kann an einem Tage anscheinend hoffnungslos und am nächsten günstig aussehen.

Schließlich glaubt M., dass, falls die Ärzte auf dem Lande und in kleinen Städten sich verpflichtet fühlten, akute Appendiciten zu operiren, die Operationen ganz gewiss schlechtere Erfolge geben würden als konservative Behandlung.

J. Wislöff (Christiania).

24) Stuckert (Karlsruhe). Ein Beitrag zu den Schussverletzungen der Leber.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1901. Hft. 5.)

Es wird eine Platzpatronen-Schussverletzung aus nächster Nähe beschrieben, welche in der rechten Achsellinie in Höhe der 7. bis 8. Rippe begann und Pulverschleim, Kleider- und Muskelfetzen enthielt, wobei die Haut in größerer Ausdehnung abgelöst war, offenbar durch die Wirkung der miteindringenden Pulvergase. Nach Spaltung der Höhlen zum Zweck der Entfernung der Fremdkörper und Blutgerinnsel erwies sich die 7. Rippe zertrümmert, von welcher ein 5 cm langes Stück resecirt wurde. Pleura und Zwerchfell waren durchbohrt; um mehr Platz zu gewinnen, musste noch aus der 8. Rippe ein Stück resecirt werden, worauf die Leber auf der Oberfläche sternförmige Risse von ca. 6 cm Länge zeigte, in deren Mitte ein Loch von 5Pfennigstückgröße, aus dem eine Blutwelle hervorquoll. Diese Schussröhre war fingerlang und mit Pulverschleim, Geschosstrümmern und Blutgerinnseln angefüllt, die thunlichst entfernt wurden. Jodoformgazetampon in die Leberwunde und in die Pleurahöhle. Es trat Fieber und Eiterung ein, Entleerung von Darmgasen durch die Wunde und von Blut mit Lebergewebsfetzen durch den After mit dünnen Stühlen. Allmähliche Heilung, Schluss der Leber- und Hautwunde in etwa 2 Monaten vollendet. Es dürfte der Querdarm verletzt gewesen, aber rasche Verwachsungen dieses mit der Leberwunde eingetreten sein, welche einerseits offene Verbindung des Darmes mit der Wunde herstellten, andererseits die Bauchhöhle vor Infektion bewahrten. Die Leberwunde konnte erst nach breiter Eröffnung festgestellt werden, wogegen sich die Eröffnung der Pleura durch das Austreten von Luftblasen aus der Hautwunde gleich nach der Verletzung verrieth. Während des ganzen Verlaufes fehlten alle Zeichen von Lungenverletzung. Die recht erhebliche Blutung aus der Leber schien nur parenchymatös zu sein; sie stand alsbald nach der Tamponade. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

25) Kirschner (Mühlheim). Zur traumatischen Entstehung der Knochentuberkulose der Gliedmaßen.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1901. Hft. 5.)

Verf. hat einen Fall von Tuberkulose des Grundgelenkes der 3. Zehe bei einem sonst kräftigen jungen Manne beobachtet, welcher gerade über dem erkrankten Gelenke auf dem Fußrücken eine unscheinbare 1 cm lange Hautnarbe hatte. Diese Narbe rührte von einer kleinen Verletzung durch einen Kupferspan in der Fabrik her, an welche sich eine »Blutvergiftung« angeschlossen hatte; und zwar hatte dies sich etwa 3 Jahre vor der ersten Erkrankung des Mannes ereignet. Auffallend war nun, dass diese erste Erkrankung unter Ruhe und Wasserumschlägen rasch vorüberging, und dass der Mann den gewöhnlichen Fußdienst noch ein Vierteljahr lang mitmachte, ehe er sich abermals krank meldete, und nun bei der Operation sich bereits Zerstörung der Gelenkkapsel und beider Epiphysen vorfand. Obgleich Tuberkelbacillen im Eiter nicht gefunden werden konnten, ist K. doch über die tuberkulöse Natur der Erkrankung nicht im Zweifel und glaubt in der vorhergegangenen kleinen Hautverwundung die Eingangspforte für die Tuberkelbacillen suchen zu müssen. Diese Keime sollen damals in das Gelenk eingewandert und dann später unter dem schwächenden Einflusse einer noch durchgemachten Grippeerkrankung durch die anstrengenden Marschleistungen zur Entwicklung entfacht worden sein. Nur selten gelingt es, bei Gelenk- und Knochentuberkulose die Einwanderungspforte der Keime nachzuweisen; die hier versuchte ätiologische Schlussreihe scheint plausibel. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

26) Halbandoff und Solowoff. Zur Symptomatologie der Arthropathien bei Syringomyelie.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VII. Hft. 4 u. 5.)

Bei einem 23jährigen Manne, welcher an Erscheinungen der Syringomyelie litt, trat nach einem Hufschlage gegen das rechte Ellbogengelenk eine enorme,

langsam zunehmende Schwellung auf. Die Röntgenphotographie ergab sehr ausgedehnte Knochenneubildungen, besonders auf der Beugeseite des Gelenkes. Das Gelenk perforirt, blutig-seröse, sterile Flüssigkeit wird abgesondert. Auch im linken Ellbogen und rechten Schultergelenke traten Veränderungen auf. Bei Schluss der Beobachtung besteht am rechten Ellbogen noch eine Fistel. 2 Skiagramme und eine photographische Abbildung des rechten Ellbogens sind der Arbeit beigegeben. **Haeckel** (Stettin).

27) **Schloffer.** Schussverletzung des Thorax. Ischämische Lähmung des rechten Vorderarmes.

(Aus der Sitzung vom 23. November 1900 des Vereins Deutscher Ärzte in Prag.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1901. No. 1.)

18jähriger Mann schoss sich mit einem 7 mm-Revolver in die Herzgegend. Die Einschussöffnung befand sich in der Mitte des Sternums in der Höhe der 5. Rippe, Ausschuss war nicht zu finden; eben so wenig konnte das Projektil unter der Haut getastet werden. Rechter Radialpuls gar nicht, der linke kaum zu fühlen, Herzbefund normal. Am Tage nach der Verletzung ist der linke Radialpuls kräftig, der rechte noch immer nicht zu fühlen. Bewegungen im rechten Ellbogengelenk wurden ausgeführt, dagegen konnten Hand- und Fingergelenke nicht bewegt werden bis auf eine geringe Dorsalflexion der Hand. Muskulatur des rechten Vorderarmes war angeschwollen, hart und stark druckschmerzhaft. Leichte Cyanose der Haut von Hand und Vorderarm. Jeder Versuch, die Finger passiv zu bewegen, löste heftige Schmerzen im Oberarme aus. Sensibilität am Oberarme normal, im Vorderarme und Hand im Gebiete aller 3 Nerven herabgesetzt. In der Tiefe der rechten Achselhöhle fand sich nun in der Gegend der Arteria axillaris eine harte Resistenz, die für das Geschoss angesprochen wurde. Röntgenuntersuchung bestätigte später diese Annahme.

Motilität wurde ein wenig gebessert, Sensibilität kehrte am Vorderarme zur normalen zurück, blieb an der Hand und besonders den Fingern noch stark herabgesetzt.

Das Geschoss hat zweifellos die Unwegsamkeit der Arteria axillaris bewirkt. Ausgeschlossen ist wohl eine einfache Kompression der Arterie von außen; dagegen wird eine geringgradige Verletzung der Gefäßwand zur Thrombose der Arterie geführt haben, ohne dass es zur Perforation und zu einer Blutung gekommen wäre.

Zur Extraktion des Projektils lag keine Indikation vor.

In der Diskussion weist Pick auf die Seltenheit des Bestehenbleibens der Sensibilitätsstörung bei der ischämischen Lähmung hin.

Hübener (Dresden).

28) **Hartwell.** Cystic tumor of median nerve; operation; restoration of function.

(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 24.)

Haselnussgroße Geschwulst am rechten Vorderarm, an der Innenseite des Biceps. Beschränkung der Beweglichkeit des Vorderarmes, Verlust des Schmerz- und Berührungsgefühls im Bereich des Medianus. Die Geschwulst war eine Cyste mit wasserklarem schleimigem Inhalt, der die Nervenfasern beiseite drängte. Mikroskopisch fanden sich an ausgeschnittenen Nervenfasern Kernvermehrung und Wucherung der Scheide, theilweiser Schwund des Myelins. Fast völlige Herstellung der Funktion, kein Recidiv nach 8 Monaten. **Trapp** (Bückeburg).

29) **Wiessner.** Ein Fall von doppelseitiger Luxatio manus dorsalis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 20.)

14jähriger Gymnasiast war beim halben Riesenschwunge vom Reck abgeglitten und auf die ausgestreckten Hände gefallen. Beide Hände erschienen bajonettartig gegen den Vorderarm abgeknickt. Bei der Palpation war die gegen die Vola manus vorspringende Gelenkfläche des unteren Radiusendes deutlich abzu-

tasten. Proc. styloideus stand unter dem Os naviculare, Beugesehne stark gespannt, Finger in Beugestellung. Reposition ohne Narkose durch Zug und Gegenzug und direkten Druck auf den Carpuskopf. **Borchard** (Posen).

30) **Schloffer.** **Traumatische Sehnenverdickungen durch Operation geheilt.**

(Aus der Sitzung vom 23. November 1900 des Vereins deutscher Ärzte in Prag.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1901. No. 1.)

Bei einem 25jährigen Pat. traten im Anschlusse an ein Trauma zunehmende Schmerzen an der radialen Seite des Handgelenkes und im Daumen auf, die oft bis in den Oberarm ausstrahlten, namentlich bei stärkerer Beugung des Daumens. Über eine bestimmte mittlere Flexionsstellung hinaus konnte derselbe wegen der hochgradigen Schmerzhaftigkeit nicht gebeugt werden. Nach völliger Erfolglosigkeit aller Therapie legte S. ein Jahr nach der Verletzung die Stelle der größten Schmerzhaftigkeit frei, d. h. jene Stelle, an der die Sehnen des Abductor pollicis longus und des Extensor pollicis brevis durch ihren gemeinsamen Leitkanal am Proc. styloideus radii hindurchtraten. Es ergab sich, dass etwas oberhalb des Kanales beide Sehnen spindelförmig verdickt waren, so dass sie bei stärkerer Flexion sich im Eingange zum Leitkanale feststemmten.

S. beseitigte diese Verdickungen dadurch, das er aus denselben eine elliptische Partie in der Mitte herausschnitt, so dass nach Aneinanderlegung der Wundflächen die normale Dicke der Sehnen wieder erreicht war. Einige feine Seidennähte fixirten die Wundflächen an einander. Der Pat. konnte noch während der Operation (lokale Anästhesie) die Beugung des Daumens in normalem Umfange ausführen.

Die Untersuchung der excidirten Stückchen ergab normales Sehnengewebe mit streifenförmig eingelagerten Partien stärkerer Rundzelleninfiltration.

Hübener (Dresden).

31) **Péraire** (Paris). **De la guérison définitive des maux perforants plantaires par la méthode de Chipault.**

(Travaux de neurologie chirurgicale 1901. No. 1.)

P. hat bei einem 56jährigen Manne mit chronischem Rheumatismus ein aller Behandlung trotzendes Mal perforant durch Dehnung des N. plantaris internus geheilt; nach 2½ Jahren noch kein Recidiv. Der N. plantaris externus wurde mit Erfolg gedehnt bei einem unter dem Grundgelenke der 4. Zehe eines 22jährigen Mädchens sitzenden Ulcus perforans; auch hier reicht die Beobachtungsdauer über 2 Jahre. P. operirt unter Cocainanästhesie.

P. Stolper (Breslau).

32) **Navarro** (Montevideo). **Deux cas de mal perforant traités par la méthode de Chipault.**

(Travaux de neurologie chirurgicale 1901. No. 1.)

Ein 38jähriger Alkoholiker und ein 53jähriger Diabetiker wurden von ihrem Mal perforant am Fuße in 12 bezw. 19 Tagen durch die Dehnung der Nn. tibiales befreit. N. macht auf eigenthümliche nervöse Störungen nach der Operation aufmerksam, die indess das Heilresultat nicht beeinträchtigen; er sah im Bereiche des gedehnten Nerven nach einigen Monaten an Stelle der Anästhesie eine leichte Hyperästhesie und eine echte Hypertrophie des Fußes treten. Auch eine in beiden Fällen beobachtete Bewegungsstörung in den Metatarsophalangealgelenken kam den Pat. beim Gehen nicht zum Bewusstsein. **P. Stolper** (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 40. **Sonnabend, den 5. Oktober.** **1901.**

Ein operatives Verfahren zur Behandlung der Luxatio congenita coxae. Heteroplastik des Limbus.

Von

Prof. **Oscar Witzel** in Bonn.

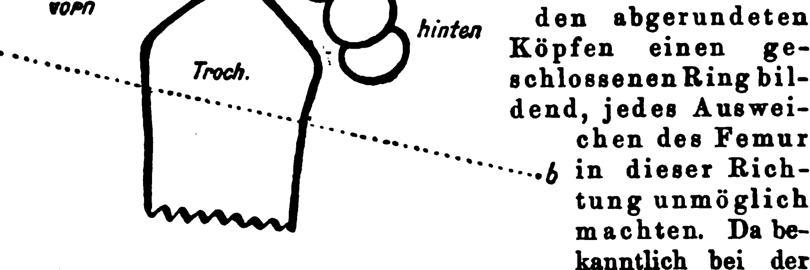
In einem der Fälle von angeborener Hüftgelenksverrenkung, die ich zur Zeit behandle, ließen gleich die ersten Versuche die unblutige Reposition, wegen Mangels eines jeden Haltes, als auf die Dauer völlig aussichtslos erscheinen. Ich beschritt desshalb (am 6. August) zum ersten Male den folgenden, eben so einfachen, als meines Erachtens sicheren, Weg einer operativen Abhilfe.

Das 4 Jahre alte Kind mit linksseitiger Luxation wurde, mit kräftiger Anziehung des Beines bis zu gleicher Länge der Extremi-

täten, in Narkose eingegipst; der in den Verband ganz einbezogene Fuß steht in Mittelstellung, die Spitze nach vorn. Nachdem wir uns durch einige Tage überzeugt hatten, dass der Verband bequem lag, wurde durch Anbringung eines Fensters in demselben die Hüftgelenksgegend freigelegt. Nach fester Unterstopfung der Umrandung des Fensters mit steriler Watte wurde die bloßgelegte Haut sorgfältig aseptisch hergerichtet und noch mit Jodtinktur bepinselt, um auch etwaige Keime in der Tiefe der Hauteinsenkungen unschädlich zu machen. In eine große, sterilisirte Kompresse, welche das ganze Kind deckte, wurde ein kleiner Schlitz geschnitten, dessen Ränder an der Haut, nahe der Fensterumrandung, mit Klauenschiebern festgehalten wurden. Quer über die Spitze des Trochanters, in der Ausdehnung von 8 cm, wurde eine Incision bis auf die Fascie geführt, der obere Rand des Schnittes wurde stark nach oben verzogen und nun im Halbkreis, ca. 2 cm von dem Trochanter entfernt, die Dicke der Weichtheile, welche die Gegend oberhalb der Pfanne deckte, mit einer eingestochenen Nadel auf durchschnittlich 3 cm festgestellt. Nun wurden in jenem Halbkreise nach hinten und oben von dem gut durchfühlbaren, fest am Becken anliegenden Kopfe 5 vergoldete Nägel so neben einander eingeschlagen, dass sie, in einer Pallisadenreihe stehend und mit den abgerundeten Köpfen einen geschlossenen Ring bildend, jedes Ausweichen des Femur in dieser Richtung unmöglich machten. Da bekanntlich bei der Luxatio congenita die betreffende Beckenwandpartie abnorm dick zu sein pflegt, trug ich kein Bedenken, die 3 mm dicken, ca. 4 cm langen, mit abgestumpfter Spitze versehenen Nägel 2 cm tief einzutreiben, den letzten hinteren etwas in schräger Richtung nach vorn, dicht neben seinem Nachbar, um eine Verletzung des Nervus ischia-

Fig. 1.

Fig. 2.



dicus zu vermeiden. Die Schläge wurden zuletzt unter Zwischenschaltung eines Hilfsinstrumentes, eines kurzen, dicken, an seiner Spitze für die Aufnahme des Nagelkopfes stumpf ausgehöhlten Stabes ausgeführt, um eine Quetschung der Muskeln durch den Schlag des Hammers zu vermeiden. Die Gesammtheit der Nägel bildet eine feste, unverrückbare Barriere, mit welcher man das ganze Becken verschieben kann, wie die Kontrolle an der bloßliegenden Spina anterior ergiebt; sie kommt beim Nachlassen des Zuges am oberen Wundrande außerhalb des Bereiches der Nahtlinie, die dicht mit feinstem Silberdraht angelegt wird. Es folgt ein Kollodiumgazeverband, über den eine weitere Lage sterilisirter Gaze geklebt wird.

Das Verhalten des Kindes ist seit der Operation von dem eines nach unblutiger Reposition eingegipsten Kindes nicht verschieden. Die Nägel bleiben liegen und sollen, wie ich für die chirurgischen Kollegen nicht hinzuzufügen brauche, nicht nur rein mechanisch die Reluxation verhindern, sondern auch, nach bekannter Erfahrung, die Bildung eines knöchernen Limbus anregen.

Über den Verlauf dieses Falles, so wie der anderen, die unmittelbar gefolgt sind und folgen werden, wird unter Vorstellung der Kranken berichtet werden. Auch dem Gleiten des oberen Femurendes nach Resectio coxae werden wir in entsprechender Art und Weise eine Schranke setzen.

---

1) L. Török. Über das Wesen der sog. Angioneurosen der Haut, insbesondere über das Wesen der pathologisch-anatomischen Veränderungen der Urticaria, des Erythema multiforme und des Erythema nodosum.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LIII. Hft. 2 u. 3.)

Der Begriff der Angioneurosen ist bisher meist mit großer Bestimmtheit, aber mit sehr geringen thatsächlichen Unterlagen für eine Anzahl von Hauterkrankungen verwendet worden. Wie Philippsohn und wie der Ref., so kämpft auch T. gegen diesen Begriff; er geht wie der Erstere so weit, auch die Urticaria zu den entzündlichen Dermatosen zu zählen und berichtet über Untersuchungen, die speciell die Unna'sche Lehre vom Venenspasmus zu widerlegen geeignet sind, und über weitere Untersuchungen, welche durch Feststellung des Eiweißgehaltes des Exsudats bei Urticaria nachweisen sollen, dass dieses selbst mehr Eiweiß enthalten kann, als manches als entzündlich angesehene. Dass das Erythema exsudativum und nodosum histologisch typische Entzündungen sind, hat auch T. in Übereinstimmung mit den oben Genannten bestätigt. (So sehr ich die letztere Anschauung und die, dass viele als Angioneurosen bezeichnete Arzneiexantheme entzündlich sind, für erwiesen

halte, so wenig scheint mir das bis jetzt für die Urticaria wirklich mit Sicherheit bewiesen.) **Jadassohn** (Bern).

2) **W. Kopytowski.** Zur pathologischen Anatomie des Herpes zoster.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LIV. Hft. 1.)

Auf Grund sehr eingehender Untersuchungen kommt K. bezüglich der bisher noch wenig studirten histologischen Veränderungen beim Zoster zu der Anschauung, dass die von Unna als »retikulirend« bezeichnete nichts anderes als eine hochgradige hydropische Degeneration, die von dem genannten Autor »ballonirende« genannte Veränderung nichts anderes als eine Coagulationsnekrose sei; beide Veränderungen finden sich auch bei anderen Hautprocessen; die protozoenähnlichen Bilder kommen durch Epitheldegeneration zu Stande. Auch K. glaubt an einen infektiösen Ursprung des Zoster — etwas Näheres über die Art der Entstehung dieser Krankheit haben seine rein histologischen, durch gute Tafeln illustrirten Untersuchungen nicht ergeben. In einigen Fällen gefundene Bakterien haben keine Bedeutung. **Jadassohn** (Bern).

3) **Gunsett.** Impetigo herpetiformis beim Manne.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LV. Hft. 3.)

Auf Grund von litterarischen Studien und Beobachtungen eines Falles beim Manne entwickelt Verf. ein Bild dieser sehr seltenen Hautkrankheit; von 28 bisher publicirten Fällen betrafen 19 Schwangere oder Wöchnerinnen, 8 Männer, 1 eine nicht schwangere Frau. Dafür, dass die Krankheit auch bei Männern und bei Frauen außerhalb der Gravidität vorkommt, tritt G. mit Bestimmtheit ein. Speciell hält er das Auftreten der Schübe unter Schüttelfrost, remittirendem Fieberverlauf, schlechtem Allgemeinzustand für sehr wichtig für die Diagnose (in Bezug auf diese Momente aber muss ich sagen, dass ich eine als typische purulente »Acrodermatitis« beginnende Erkrankung mit ganz denselben Symptomen gesehen habe, so dass die Differenzirung, welche G. gegenüber diesen Formen vornehmen will, mir sehr schwierig erscheint). Die Prognose ist nicht mehr so absolut ungünstig, wie sie früher erschien — die Mortalität beträgt 52,7%. **Jadassohn** (Bern).

4) **C. Grouven.** Der Pemphigus chronicus in seinen Varietäten als: Pemphigus vulgaris, Pemphigus foliaceus, Pemphigus vegetans und Dermatitis herpetiformis.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LV. Hft. 1 u. 2.)

G. giebt auf Grund eingehender litterarischer Studien und des reichen Materials der Bonner Klinik eine Art monographischer Darstellung des Pemphigus, aus der hier nur das wichtigste hervor-

gehoben werden kann: Nur der »idiopathische« Pemphigus soll als solcher bezeichnet werden; die kontagiösen pemphigoiden Krankheiten der Kinder müssen eben so abgetrennt werden, wie die symptomatischen Blasenbildungen bei Lepra, Lues etc. Ein akuter Pemphigus idiopathicus wird auch von G. im Princip zugegeben. Der Pemphigus vulgaris, foliaceus, vegetans gehören zusammen; die beiden letzteren können sich aus dem ersteren entwickeln; auch die Dermatitis herpetiformis ist zunächst als Untergruppe beim Pemphigus zu belassen. Die Blasen können in den verschiedenen Schichten der Epidermis entstehen (entgegen Kromayer); eosinophile Zellen sind auch nach dem Verf. sehr häufig; Bakterien- und Nervenbefunde haben bisher noch keinerlei Bedeutung. Bei Pemphigus foliaceus war nur die Horndecke abgehoben; Ödem, Quellung des Rete, eosinophile Zellen, Blutüberfüllung charakterisiren ihn. Die Dermatitis herpetiformis stellt auch anatomisch nur eine Abart des chronischen Pemphigus dar. Unsere ätiologischen Kenntnisse sind noch gleich Null; die Prognose ist immer dubiös, bei foliaceus und vegetans meist ungünstig, bei Dermatitis herpetiformis viel besser. Therapeutisch hat Strychnin im Stich gelassen, As und Eisen in einigen Fällen einen günstigenErfolg gehabt (ich habe einen Fall von sehr chronischem Pemphigus vulgaris in Behandlung, in dem As geradezu specifisch wirkt: so lange es genommen wird, keine Blasen; wenn es ausgesetzt wurde, kehrten sie — bisher schon 4mal — sehr bald wieder!). Lokal werden eintrocknende, adstringirende oder desinficirende feuchte Verbände, Salicylsalben, Bäder etc. mit Vortheil benutzt.

Jadassohn (Bern).

---

5) **E. Riecke.** Über Ichthyosis congenita.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LIV. Hft. 2. u. 3.)

Auf Grund der Untersuchung zweier im pathologischen Institut zu Leipzig befindlicher Föten giebt Verf. eine die Litteratur eingehend berücksichtigende Darstellung der Ichthyosis congenita. Er unterscheidet 3 Gruppen von Fällen: die erste umfasst die hochgradigsten, schon bei der vorzeitigen Geburt vollkommen entwickelten Formen — eine Fortexistenz ist mit ihr unvereinbar; in der 2. Gruppe sind die Früchte oft reif geboren, sie können lange am Leben bleiben; die Veränderungen, speciell auch im Gesicht, sind weniger ausgebildet; in der 3. Gruppe (»Ichthyosis congenita tarda«) sind die Kinder bei der Geburt normal oder fast normal; die Erscheinungen entwickeln sich erst nach Tagen, Wochen oder Monaten; dabei leidet (im Gegensatze zur Ichthyosis vulgaris) die Gesammtentwicklung des Organismus; ein Fortvegetiren ist aber möglich. Ätiologisch wissen wir nichts Wesentliches; Verwandtschaft der Eltern scheint eine Rolle zu spielen. Innere Anomalien finden sich nicht. Verf. hält an der principiellen Verschiedenheit dieser kongenitalen von der gewöhnlichen Ichthyosis fest, zieht aber den meist gebrauchten Namen allen neu vorgeschlagenen vor. Die histologischen Veränderungen, deren Details

im Original nachgelesen werden müssen, bestehen in einer übermäßigen Bildung und Anhäufung von Hornzellen mit besonders starker Verhornung in den Haartrichtern, welche »zusammen mit dem embryonalen Haardurchbruch die auffallende Struktur des Hornschildes bedingt«. Sehr eigenartig sind die von dem Verf. beschriebenen Abschnürungen von Cutistheilen durch die Hornschicht.

Jadassohn (Bern).

---

6) **P. H. Schoonheid.** Zur Histopathologie des Lupus erythematodes und der elastischen Fasern.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LIV. Hft. 2 u. 3.)

Über das nach allen Richtungen hin noch so unklare Krankheitsbild des Lupus erythematodes liegt eine Anzahl von histologischen Untersuchungen vor, welche aber nicht zu ganz übereinstimmenden Resultaten geführt haben. Es ist desshalb dankbar zu begrüßen, dass Verf. ein größeres Material mikroskopirt hat. Der Process beginnt mit herdweiser Infiltration an den subpapillaren Gefäßen, schreitet in die Tiefe und Höhe fort, führt früh zu Betheiligung der Talg- und Schweißdrüsen, zur reaktiven Wirkung des Bindegewebes, zu schnellerer Verhornung, zu typischen(?) Degenerationen der elastischen Fasern und damit zu der narbenähnlichen Atrophie — ohne starken Schwund des Muttergewebes. In Übereinstimmung mit dem Ref. u. A. spricht sich Verf. dafür aus, dass der Lupus erythematodes zu den chronischen Infektionsgeschwülsten gehöre; ein Zusammenhang mit Tuberkulose ist unbewiesen.

Jadassohn (Bern).

---

7) **J. Sellei.** Über das idiopathische Kaposi'sche Sarcoma multiplex (pigmentosum) haemorrhagicum.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXI. No. 9.)

Auf Grund eines klinisch charakteristischen Falles der bekannten Sarkomform kommt S. zu dem Schlusse, dass diese Erkrankung nicht zu den eigentlichen Neubildungen, sondern zu den Granulationsgeschwülsten zu rechnen und daher besser als Granuloma multiplex haemorrhagicum zu bezeichnen ist. **Jadassohn** (Bern).

---

8) **H. Fendt.** Beiträge zur Kenntnis der sog. sarkoiden Geschwülste der Haut.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LIII. Hft. 2 u. 3.)

Aus der von Kaposi gebildeten Gruppe der »sarkoiden Geschwülste« möchte Verf. nur eine bisher sehr wenig bekannte und nur unscharf charakterisirte Krankheit mit diesem Namen bezeichnen, welche Kaposi als zweite Art der »Sarcomatosis cutis« aufführt: Multiple, verschieden oder auch gar nicht verfärbte Knoten von flachkugeliger Form mit Verbreitung über den ganzen Körper. Die

hierhergehörigen Geschwülste haben sich auf Arsen, zum Theil auch unter der Einwirkung von Erysipel zurückgebildet. In dieser Beziehung unterscheiden sie sich nach dem Verf. von den eigentlichen Sarkomen; aber auch histologisch ist die Übereinstimmung keine vollständige; speciell die einfachen Zellinfiltrationen, die neben abgekapselten Geschwülsten auch in dem von F. berichteten Falle vorhanden waren, stimmen mit dem Sarkomtypus nicht überein. Außer einer Übersicht der in der Litteratur niedergelegten hierher gehörigen Fälle und einem Bericht über einen eigenen Fall bei einem 16jährigen Knaben (Heilung durch Arseninjektionen) giebt Verf. noch die kurzen Krankengeschichten von 3 durch Arsen nicht beeinflussten, nicht pigmentirten eigentlichen Sarkomen aus Herxheimer's Praxis. Er glaubt, dass die sarkoiden Geschwülste zu den Infektionskrankheiten gehören. Den Schluss der Arbeit bildet der Bericht über einen Fall von Carcinoma lenticulare cutis, der zur Differentialdiagnose mit Sarkomen und Sarkoiden herangezogen wird, und eine Polemik über einen Fall Joseph's, den dieser für ein Sarkoid, F. für eine Carcinomatose hält. **Jadassohn** (Bern).

---

9) P. G. Unna. Paraformikollodium zur Behandlung von Hautsaprophyten.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXI. No. 1.)

U. empfiehlt zur Beseitigung des Erythrasma, der Pityriasis versicolor, der Pityriasis rosea Bepinselung mit: Paraform. 2,0 f. pulv., subtiliss. contere c. Spir. aether. 2,0, Adde Collod. ricinat. 16,0. Abheilung unter Zinksalbe oder Vaselin, resp. zur Nachkur überfettete Formalinseife (mit 5% Formalin); die letztere wirkt auch bei Trichorrhexis nodosa und Lepothrix. **Jadassohn** (Bern).

---

10) H. C. Plaut. Giebt es in Hamburg wirklich eine Mikrosporie?

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXI. No. 10.)

Bekanntlich hat Sabouraud als eine von den Trichophytien ganz abzusondernde Mycelerkrankung der Kinderköpfe die Gruby-sche Krankheit oder »Mikrosporie« beschrieben. In Deutschland hat nur Frau Trachsler Fälle gesehen, die sie zu dieser Krankheit rechnete. In der vorliegenden Mittheilung weist P. nach, dass trotz der klinischen Ähnlichkeit die von ihm gesehenen Hamburger Fälle keine Mikrosporien waren. Die Begründung, die wesentlich mykologischer Natur ist, muss im Original nachgesehen werden.

Jadassohn (Bern).

---

11) **L. Leistikow.** Zur Behandlung des Kinderekzems.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXI. No. 5.)

Für einfache squamöse so wie für leichtere papulöse und vesikulöse Ekzeme empfiehlt L.: Adip. lanae, Zinc. oxyd., Amyli āā 5,0; Vaselin. flav. 10,0, Hydr. oxyd. flav. 0,25—0,5; bei nässendem oder krustösem Ekzem Zinkichthyolsalbenmull (der mit Binde oder Heftpflaster fixirt wird — alle 24 Stunden zu wechseln). Bei den recidivirenden Fällen versagt Pyrogallus-Unguentum caseini (bis 2, ja selbst bis 3%) »fast niemals« (ich habe diese Koncentration oft wesentlich zu hoch gefunden). **Jadassohn** (Bern).

---

12) **P. G. Unna.** Zur Anwendung der Masken.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXI. No. 9.)

Die »Masken« verwendet U. jetzt wesentlich »zur lange dauernden, möglichst gründlichen und doch einfachen Applikation milder Mittel«, speciell zur Abheilung bei Lupus, Lupus erythematodes (mit Sublimat 1 : 500—1000, Kalium 1 : 1000—10 000 Aq.) oder zur Druckbehandlung des Naevus flammeus. Sie werden jetzt in folgender Weise hergestellt: Ein Stück Zinkoxydpflastermull von der gewünschten Größe wird aufgelegt, mit Zinkleim überpinselt, mit Verbandmull bedeckt, wieder mit Zinkleim bepinselt, eine Mullbinde zur Herstellung der Bänder aufgelegt und angeleimt; die über Nacht liegen gebliebene Maske wird dann vorsichtig abgenommen, inwendig mit Zinkleim bepinselt, an einem warmen Orte getrocknet, in Zwischenräumen von einigen Stunden 3mal innen und 1mal außen mit Celluloidlösung bepinselt, getrocknet. Die nach 2 Tagen fertige Maske hält »bei täglichem Gebrauche ohne Renovirung einen Monat, mit alle 14 Tage wiederholter Aufpinselung von Celluloid mehrere Monate«. **Jadassohn** (Bern).

---

13) **M. Hodara.** Über die Anwendung schwacher, heißer Waschungen mit Höllenstein bei der Behandlung der akuten Gonorrhoe und der akuten Epididymitis gonorrhoica.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXI. No. 2.)

Janet'sche Spülung mit möglichst heißer Lösung von 1 : 4 bis 2000 Argent. nitr. ($^1/_2$ Liter) — meist Heilung in 2—4 Wochen ohne Komplikationen; eben so trotz akuter Epididymitis guter Erfolg. **Jadassohn** (Bern).

---

14) **Kausch.** Über das Verhalten der Sehnenreflexe bei totaler Querschnittsunterbrechung des Rückenmarkes.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. VII. Hft. 4 u. 5.)

Es galt bisher als Dogma, dass bei totaler Querschnittsunterbrechung des menschlichen Rückenmarkes die tiefen Reflexe, speciell die Sehnenreflexe stets fehlen, während die oberflächlichen, die Haut-

reflexe erhalten sein können. Die wenigen bisher publicirten Fälle, die von einer Erhaltung der Reflexe berichten, halten einer strengen Kritik nicht Stand. K. giebt nun aus der v. Mikulicz'schen Klinik einen zweifellosen Fall dieser Art:

Bei einer 20jährigen Kranken, welche 3 Jahre lang unter schwerer Kompression des Rückenmarkes durch Wirbeltuberkulose gelitten, mit fast völlig, zeitweise sogar völlig aufgehobener Motilität, mäßig stark gestörter Sensibilität, stark gesteigerten Reflexen und Muskeltonus, wird die Laminektomie gemacht. Dabei wird das Rückenmark, das mit der Dura an der Kompressionsstelle einem Wirbelbogen fest adhärent war, durchrissen. Die Reflexe schwinden zunächst ganz, kehren aber nach 22 Stunden wieder; gegen das Ende nehmen sie an Intensität ab und sind schließlich vor dem Tode, welcher nach $5^1/_2$ Monaten in Folge von Decubitus erfolgt, nicht mehr auslösbar. Die Autopsie ergiebt an der Läsionsstelle Fehlen des Rückenmarkes in 32 mm Länge.

Es beweist dieser Fall, dass sich Schwinden, Wiederkehr und Steigerung der Sehnenreflexe nach der Querschnittsunterbrechung beim Menschen genau wie beim Thierexperiment verhalten. Wenn in vielen anderen Beobachtungen von Totalläsion des Rückenmarkes beim Menschen die Reflexe fehlten, so erklärt sich das wohl so, dass diese Unfälle meist sehr schwerer Art sind und ganz andere Wirkungen machen, als eine glatte Querschnittstrennung beim Thierexperiment. Das so empfindliche Rückenmark wird durch das Unfalltrauma auch weithin, entfernt von der Hauptverletzungsstelle, geschädigt, und dabei wird meist der Reflexbogen zerstört.

Haeckel (Stettin).

---

15) **Neumann.** Ergebnisse der Schilddrüsenbehandlung bei sporadischem Kretinismus.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 49.)

Außer dem erworbenen Myxödem ist auch die angeborene myxödematöse Idiotie, der sporadische Kretinismus, in hohem Grade der Behandlung mit Schilddrüse zugänglich. Diese Behandlung bewirkt eine Abnahme des Körpergewichts, eine Zunahme der Körperlänge und Fortschritte in der geistigen Entwicklung. Wichtig zur Erzielung eines vollkommenen Erfolges ist, dass die Behandlung möglichst bald nach Beginn der Erkrankung eintrete.

Gold (Bielitz).

---

16) **Lanz.** Über Schilddrüsenfieber und Schilddrüsenintoxikation.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. VIII. Hft. 1 u. 2.)

Nach neueren Mittheilungen von Rauzy und Reinbach soll fast regelmäßig nach Kropfoperationen Fieber auftreten, das nicht bedingt sei durch Fehler in der Asepsis, sondern auf der Verletzung der Schilddrüse, auf einer plötzlichen Überschwemmung des Körpers mit Schilddrüsensubstanz durch die Quetschung des Organs, auf einer Hyperthyreosis beruhe. L. kann zunächst das regelmäßige Fieber



nach Kropfoperationen weder aus seinem eigenen noch aus dem Kocher'schen Material bestätigen. Er hat sodann die Frage experimentell an Hunden geprüft und gefunden, dass die verschiedensten Eingriffe an der Schilddrüse nicht im Stande waren, ein operatives Schilddrüsenfieber, eine Schilddrüseninfektion zu erzeugen, weder Quetschen, noch Einschneiden, Bearbeitung mit dem Thermokauter, Unterbinden der Gefäße bei Belassen der Schilddrüse an Ort und Stelle brachten Fieber hervor.

Als ein interessantes Nebenresultat sei erwähnt, dass L., entgegen der Lehre von Munk u. A., nach bloßer Ligatur aller Schilddrüsenarterien keinen Tod an Tetanie sah, weil er streng aseptisch operirt. Geschieht das nicht, so geht die Schilddrüse nekrotisch zu Grunde, und das giebt naturgemäß denselben Effekt, wie die Totalexstirpation der Drüse. **Haeckel** (Stettin).

---

17) **Lohnstein.** Beitrag zur Behandlung der callösen resilienten Strikturen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 44.)

Zur Behandlung obiger Strikturen ist eine große Anzahl von Instrumenten und Behandlungsmethoden empfohlen worden. L. hält nur diejenigen Eingriffe von Erfolg und Nutzen begleitet, bei welchen die Harnröhrenschwielen so tief incidirt werden, dass nicht bereits fibrös entartetes Gewebe zur Bildung der neuen Lichtung verwerthet werden kann, und welche es ermöglichen, dass unmittelbar nach der Incision keine Bougirungen erfolgen müssen. L. bedient sich eines Urethrotoms, bei dessen Herstellung er das wirksame Princip des Bottini'schen Incisors verwerthet.

Der Eingriff dauert nur einige Minuten und ist, selbst ohne Anwendung eines Anästheticums, nicht schmerzhafter als bei einer Cystoskopie; er wird auch von den Pat. gut vertragen. Die Wirkung der Operation war in allen Fällen eine vortreffliche, und sind auch die Dauerresultate als sehr günstige zu bezeichnen. **Gold** (Bielitz).

---

18) **Ciechanowski.** Anatomische Untersuchungen über die sog. »Prostatahypertrophie« und verwandte Processe.

(Mittheilungen aus d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. VII. Hft. 2 u. 3.)

In einer überaus fleißigen Arbeit mit sorgfältigsten zahlreichen mikroskopischen Untersuchungen der Blase und Prostata, ihrer Gefäße und Muskulatur konstatirt C. im Gegensatze zur Guyon'schen Schule, dass die klinischen Symptome, welche in Fällen von sog. »Prostatismus« theils bei Prostatikern, theils bei Solchen, die keine Prostatavergrößerung haben, zu beobachten sind, keine einheitliche anatomische Grundlage, vor Allem nicht die Arteriosklerose als gemeinsame Ursache haben. Eine wesentliche Rolle bei Entstehung der Blaseninsufficienz spielt die mit dem Alter allmählich eintretende Atrophie der Blasenmuskulatur; eine aktive Vermehrung des Blasen-

bindegewebes scheint nur in Folge der häufig vorhandenen chronischen Blasenentzündungen zu Stande zu kommen; ein anderer Theil der Blaseninsufficienz entsteht durch die Vergrößerung der Prostata und durch sie bedingte Veränderungen der Gestalt des Orificium vesicale urethrae.

Was nun das Wesen der sog. »Prostatahypertrophie« betrifft, so beruht dieselbe weder in einer aktiven Proliferation der Drüsenelemente, noch der Muskelfasern, sondern in einer passiven Erweiterung der Drüsenelemente, in einer Sekretstauung in denselben. Diese Erweiterung kommt zu Stande durch kleinzellige Infiltrate, proliferative Processe im bindegewebigen Stroma der Prostata; und zwar ist diese Stromaveränderung besonders an den Ausführungsgängen der Drüse lokalisirt; die Erweiterung der Drüsenräume kommt um so rascher und intensiver zur Entwicklung, je näher der Harnröhre die Ausführungsgänge verengt resp. verschlossen werden. Die »Pseudoadenome« sind nicht qualitativ von diesem Vorgange unterschieden, sondern sie stellen nur eine lokalisirte Drüsenerweiterung dar und sind umgeben von einer Kapsel, welche aus koncentrisch gelagerten Muskelfasern besteht. Die Prostatahypertrophie ist danach weder eine Hypertrophie, noch eine echte Neubildung, sondern sie ist wahrscheinlich Folge von Entzündungsprocessen, welche jahrelang latent verlaufen und keine, oder sehr geringfügige Symptome machen. Diese Entzündungsprocesse sind sehr wahrscheinlich auf Gonorrhoe zurückzuführen, obwohl sich das strikte bislang noch nicht beweisen lässt. **Haeckel** (Stettin).

---

19) **Freudenberg.** Soll man während der Bottini'schen Incision den Zeigefinger im Rectum haben?

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. XII. Hft. 5.)

20) **Schlagintweit.** Über die Schwierigkeit, den Bottinischen Incisor an der gewünschten Stelle der Prostata anzusetzen.

(Ibid.)

In diesen Aufsätzen und noch in einer Erwiderung und 2 Schlussbemerkungen im 6. u. 7. Heft des Centralblattes für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane streiten sich die beiden Autoren darüber, ob man während der galvanokaustischen Incision nach Bottini den Finger im Mastdarm behalten solle oder nicht.

F., dem ja unzweifelhaft eine sehr große Erfahrung zu Gebote steht, hält den bezüglichen Vorschlag von S. (s. Centralblatt für Chirurgie 1901 p. 555) geradezu für gefährlich, da durch den Druck des Fingers das Messer verbogen, ja sogar der Mastdarm verletzt werden könnte. S. giebt dann an, der Finger (oder deren 2 — ob in letzterem Falle der Pat. chloroformirt wird, ist nicht gesagt) diene nicht zum Entgegendrücken, sondern zur Fixation der Prostata.

F. Brunner (Zürich).

---

21) **Kukula.** Die Blasennaht beim hohen Steinschnitt auf Grund bakteriologischer Untersuchungen des Harns.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIV. Hft. 1.)

Verf. kam schon in einer früheren Arbeit über die Blasennaht beim hohen Blasenschnitt zu dem Schlusse, dass ein bestimmter Zusammenhang zwischen der Leistungsfähigkeit der Naht und der Qualität des Harns bestehe, derart, dass die Lösung der Frage der Blasennaht vom bakteriologischem Standpunkt aus erstrebt und erzielt werden müsse. Er hat nun durch eine Reihe von Jahren hindurch an der Klinik Maydl's in dieser Richtung Versuche gemacht, welche geeignet sind, seine theoretische Voraussetzung völlig zu bestätigen.

Sind auch nach K.'s eigner Ansicht seine Untersuchungen über die Erreger der Cystitis und ihre wechselnden Eigenschaften noch keineswegs vollständige, so darf man doch behaupten, dass das Nachlassen der Blasennaht hauptsächlich durch eine Infektion der Nähte bedingt wird, sei es, dass dieselbe von außen her oder, was wohl häufiger ist, durch die Mikroben im Urin bewirkt werde. Jedenfalls kommt die Infektion durch den Harn vollkommen einer unter mangelhaften aseptischen Maßnahmen durchgeführten Operation gleich. Desshalb muss man die Frage, welches Verfahren des Blasenverschlusses, resp. der Blasenversorgung vorzuziehen sei, nach Lage des Falles entscheiden. Eine für alle Fälle geltende Methode giebt es eigentlich nicht. Bei sterilem, klarem Harn ist die primäre völlige Blasennaht das ideale Verfahren. Bei Kindern darf man sogar die Bauchdecken über derselben verschließen und wird einer prima intentio gewärtig sein dürfen. Auch bei Erwachsenen mit wenig fettreichen Bauchdecken kann man diese Methode anwenden, vorausgesetzt, dass keine Cystitis, keine Erkrankung der Harnröhre besteht. Die Kombination mit sofortiger Naht der Haut schützt am besten mit vor einer Infektion der Nahtlinie. Bei älteren Leuten und solchen, bei denen die Harnwege auch sonst nicht ganz gesund sind, geht man sicherer, wenn man einen Docht in den Wundwinkel einlegt.

Wo dagegen der Harn infektiös ist und es sich um Monoinfektionen handelt, empfiehlt K. die zweizeitige Methode nach Vidal de Cassis kombinirt mit der Cystopexis nach Rasumowski. Speciell wenn die anwesenden Mikroorganismen eine größere Virulenz besitzen, ist dies Verfahren anzurathen. Jedenfalls ist von vorn herein möglichst Alles zu vermeiden, was zu Cystitis führen könnte, und Verf. legt ganz besonders Gewicht darauf, dass man nicht durch nachlässiges Katheterisiren und zu häufiges Cystoskopiren diese Komplikation herbeiführt. Die Asepsis bei der Operation ist natürlich erstes Erfordernis, und der Eingriff selbst muss ohne Quetschung der Gewebe, mit Vermeidung größerer Blutergüsse und mit schonender Extraktion der Blasensteine vorgenommen werden. Unter solchen Umständen kann man auch bei Monoinfektionen durch nicht patho-

gene oder wenig virulente Pilze die vollständige Blasennaht versuchen. Tritt in diesen Fällen auch meist ein Nachlassen der Naht ein, so ist doch der weitere Verlauf vielfach ein recht günstiger.

Besondere Sorgfalt erfordern die Fälle von hohem Steinschnitt, welche mit pseudomembranöser Abstoßung der Schleimhaut und ammoniakalischer Harngärung vorgenommen werden. Hier sind gewöhnlich Mischinfektionen vorhanden, und die Bakterien liefern hochtoxische Produkte, welche eine ausgedehnte Coagulationsnekrose der Gewebe veranlassen und auch schwere Störungen des Allgemeinbefindens zur Folge haben. Die vom Verf. mit solchem Urin angestellten Thierversuche sind sehr interessant und lesenswerth. Sie zeigen auch, wie resistent die im Harn solcher Pat. vegetirenden Pilze gegen die stärksten Antiseptica sind, die man bei der Cystitis anzuwenden vermag.

Diese Fälle erfordern dringend, dass man bei ihnen die oben genannte Methode nach Vidal de Cassis mit der Cystopexie kombinirt anwendet, um durch diese Vereinigung das Entstehen ausgedehnter Nekrosen und tiefgreifender Eiterung im Cavum Retzii zu vermeiden und eine Allgemeininfektion zu verhüten. Die einfache zweizeitige Methode liefert weniger günstige Resultate als diese Kombination. Sie kann bei dem 2. Akte der Operation große technische Schwierigkeiten bieten, es kann bei ihr leicht zu Lockerung der Verwachsungen kommen, und schließlich doch noch das Cavum Retzii inficirt werden.

Verf. fügt seinen Erörterungen die Krankengeschichten einer größeren Reihe von Fällen bei, welche mit günstigem Erfolg nach diesen Principien an Maydl's Klinik operirt worden sind.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

22) **P. Trekaki.** Le rein mobile chez les Arabes.
(Egypte méd. 1901. No. 1.)

Verf. untersuchte 100 arabische Frauen ohne Auswahl auf Wanderniere, darunter 9 Jungfrauen und eine Schwangere. Er fand 41 mobile Nieren, bei 30 fühlte man das untere Drittel der Niere, bei 9 die unteren $^2/_3$ und bei 2 die ganze Niere. Ob bei den ersten beiden Kategorien die Niere wirklich beweglich oder nur palpabel sei, ist leider nicht gesagt. Unter den Fällen waren 38 Frauen, die geboren hatten und 2 Jungfrauen. Eine Beziehung zwischen dem Grade der Erschlaffung der Bauchdecken und Enteroptose einerseits und Nephroptose andererseits fand T. nicht. Da die Araberinnen sich nicht schnüren, kein Korsett und keine schweren Kleider tragen, so schließt Verf. aus dem Vorkommen der Wanderniere bei denselben, dass der Druck von Korsett und Bändern für gewöhnlich nicht bei der Wanderniere anzuschuldigen ist, vielmehr die vielfachen Schwangerschaften, »la déchéance physiologique«, die mangelhafte Ernährung und andere Faktoren, kurzum, dass die Ätiologie eine vielfcahe ist.

Goebel (Alexandrien).

---

23) **G. D'Urso.** Ricerche sperimentali sulle patogenesi della idronefrosi.

(Policlinico 1901. No. 7.)

In Folge von Unterbindung eines Harnleiters sahen die bisherigen Experimentatoren entweder Atrophie der Niere oder eine Hydronephrose sich ausbilden. Nach Lindemann rührt dies davon her, dass der Unterbindung eine Cirkulationsstörung in der Niere folgt, und dass die Anastomosen der Kapselgefäße nicht immer ausreichen, diese auszugleichen. D'U. unterbrach nun gleichzeitig mit der Harnleiterunterbindung diesen Kollateralkreislauf, indem er (bei Hunden und Kaninchen) die Niere aus ihrer Fettkapsel ausschälte. Trotzdem sah er auch in diesen Fällen die Entstehung beträchtlicher Hydronephrosen. Es kann also in dem besprochenen Verhältnisse nicht der wahre und einzige Grund für die verschiedenen Resultate liegen. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

---

24) **B. Cuneo.** Note sur les lymphatiques du testicule.

(Bull. et mem. de la soc. anat. de Paris Ann. LXXVI. T. III. No. 2.)

C. hat die Injektionen zum Studium der Lymphbahnen des Hodens nach der Methode von Gerota gemacht; mittels dieser gelang es ihm, festzustellen, dass — wie früher theilweise bereits von Enoch u. A. nachgewiesen — 2 Schichten von Drüsen vorhanden sind, eine vor, eine hinter der Aorta liegende. Bei der ersteren wiederum ist zu unterscheiden zwischen 2 seitlichen und einer vor der Aorta gelegenen mittleren Gruppe.

Von jedem Hoden ziehen etwa 4—8 Lymphgefäße den Samenstrang hinauf zu ihren entsprechenden Knoten, und zwar treten die rechtsseitigen in die rechts, die linksseitigen in die links neben der Aorta liegende Gruppe ein.

Von beiden Seiten jedoch ziehen auch 1—2 Gefäßchen direkt zur mittleren Gruppe; links treten die Vasa efferentia höher ein als rechts. Auch konnte C. ein von Zeissl und Horwitz beschriebenes Lymphgefäß vom Innern des Hodens aus injiciren, welches seinen Weg zu einer Drüse auf der Art. iliaca ext. nimmt. Von der rechtsseitigen vorderen Gruppe treten nun Lymphgefäße sowohl in die vorn mitten als auch vor Allem in die hinter der Aorta gelegenen Drüsen ein zwischen den großen Gefäßen hindurch. Die von links kommenden Vasa efferentia treten auch theilweise in die mittlere Gruppe und wenden wieder nach außen um die Aorta herum in die hintere Schicht, oder sie treten direkt aus der linksseitigen Gruppe in die hintere. **Christel** (Metz).

---

25) **Ohl.** Kasuistischer Beitrag zur Hydrocelenoperation nach Winkelmann.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 586.)

O. empfiehlt die Winkelmann'sche Hydrocelenoperation (cf. d. B. 1898 p. 1092) auf Grund einer 19maligen Erprobung derselben

im Herzoglichen Krankenhause Braunschweig (Oberarzt Sprengel) auf das wärmste. Sie ist sehr einfach unter Infiltrationsanästhesie ausführbar, erfordert nur wenige Tage Bettruhe, kann event. sogar ambulant riskirt werden. Geeignet für sie sind leichtere unkomplicirte Fälle ohne Scheidenhautverdickung. Unbequeme Folgen der Scheidenhautumkrempelung kamen nicht vor.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

26) **Chute** and **O'Neil.** Some observations on chronic seminal vesiculitis.

(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 24.)

Verff. halten das Vorkommen von Samenbläschenerkrankung, namentlich nach chronischem Tripper, für häufiger, als allgemein angenommen wird; unter 540 Fällen fanden sie 60. Sie führen viele Beschwerden, die als neurasthenische betrachtet zu werden pflegen, auf derartige Erkrankung zurück. Die Symptome theilen sie in reflektorische und direkte. Die direkten sind: Schmerz oder Unbehagen im Mastdarm, Fäden im Urin von kurzer, kommaartiger Form, plötzliches Entstehen von Harnröhrenausfluss ohne Grund, nachdem solcher schon ganz aufgehört hatte, häufiges Uriniren, zuweilen mit Tenesmus. Die reflektorischen Erscheinungen bestehen in Schmerz in der Schambeingegend, Rücken, Eichel, Harnröhre, ohne objektiven Befund dortselbst. Sehr charakteristisch ist Schmerz im Samenstrang. Sehr wichtig sind die Unregelmäßigkeiten in der Erektion. Anfangs besteht sehr erhöhter Geschlechtstrieb mit häufigen, namentlich nächtlichen Erektionen und Pollutionen, um nachher einer mehr oder weniger großen Impotenz zu weichen. Die Diagnose kann nur durch rektale Untersuchung gestellt werden. Stets ist die Prostata verändert; Samenbläschen und Vas deferens sind häufig vergrößert und verdickt fühlbar, Schmerzen fehlen selten. Nach Ausdrücken der Samenbläschen entleert sich von selbst oder mit dem Urin eine charakteristische Flüssigkeit, die meist unbewegliche Samenfäden, viel Schleim, Epithelien und kurze, käsige Fäden und Bröckel enthält. Die einzige erfolgreiche Behandlung ist Massage vom Mastdarm aus, wobei die Bläschen kräftig ausgedrückt werden. Subjektive und objektive Symptome schwinden meist bald. Zurückbildung zur Norm ist häufig.

Trapp (Bückeburg).

---

27) **R. Baudet** et **P. Duval.** Exstirpation totale du canal déférent et de la vésicule séminale par la voie inguinale.

(Revue de chir. 1901. No. 3.)

Die von Villeneuve, Platon, Ouédroyt, de Béloséroff u. A. bisher geübten Methoden der Exstirpation des tuberkulös erkrankten Vas deferens müssen als unzureichend bezeichnet werden: Sie gestatten selten die gänzliche Entfernung des langen, ziemlich brüchigen Organs in Folge der mangelhaften Technik des starken Anziehens.

Nach genauester anatomischer Besprechung der Beziehungen des Vas deferens und der Samenblase zur Blase, dem Bauchfell und der Beckenfascie einerseits, dem Harnleiter und den zum Samenbläschen tretenden Gefäßen andererseits auf Grund der Studien von Cuneo und Vean entwickeln Verff. ihr Operationsverfahren; sie haben es an der Leiche 10mal, am Lebenden 2mal mit ausgezeichnetem Erfolg geübt.

Zuerst wird in Beckenhochlagerung der Hautschnitt vom Hoden aufwärts bis 2fingerbreit nach innen unten von der Spina iliaca ant. sup. gelegt, und bis durch den Leistenkanal in die Tiefe geführt. Die Art. epigastr. wird nach außen gezogen. In ziemlicher Tiefe gelangt man auf die zeltartig von den Samenblasen nach dem Becken quer herüberziehende Fascie, die stumpf getrennt wird. Die zutretenden Gefäße werden leicht isolirt und abgebunden. Schließlich wird das Samenbläschen aus seiner Lage durch bedächtiges Anziehen mittels Kocher'scher Pincette zugänglich gemacht, aus seinen Verbindungen gelöst und schließlich nebst dem Vas deferens auf der Prostata abgebunden, der Stumpf verschorft.

Den Harnleiter vermeidet man sicher, wenn man sich streng ans Bauchfell hält, welches durch Wundhaken stark nach aufwärts gezogen werden muss, damit das Licht auch in der Tiefe genügend sei; der Harnleiter liegt der Beckenwand dicht an.

Christel (Metz).

Kleinere Mittheilungen.

28) **Du Castel.** Erythème noueux, purpura rhumatoïde et hydroa.

(Méd. moderne 1901. No. 19.)

Verf. sah bei einer Frau, die bis dahin gesund gewesen war, unter allgemeinem Unwohlsein und Fieber gleichzeitig am linken Bein ein Erythema nodosum, am rechten Bein eine Purpura rheumatica und am Halse ein Erythema exsudativum auftreten.

C. erörtert im Anschluss an diesen Fall das Wesen der 3 Krankheitsbilder, die er als zu einer einheitlichen Gruppe gehörig und auf einer Toxinamie beruhend auffasst.

R. v. Hippel (Kassel).

29) **V. J. Zarubin.** Zur Histologie der Sclerodermia circumscripta.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LV. Hft. 1.)

Man weiß so wenig über die Ätiologie der Sklerodermie, über die Zusammengehörigkeit der verschiedenen Formen, über die Bedeutung der histologischen — im Einzelnen noch sehr verschiedenen — Veränderungen, dass Beiträge zu dieser Frage, so wenig auch der Einzelne definitive Schlüsse ziehen kann, mit Dank zu begrüßen sind. In dem von Z. untersuchten Falle handelte es sich um eine sehr oberflächliche, circumscripte Sklerodermie, ähnlich der »kartenblattähnlichen« Form Unna's. Histologisch ergab sich leichte Entzündung, Verdichtung und Verdickung des collagenen Gewebes, Hyperkeratose, Verdünnung des Rete etc. Eine strenge Unterscheidung der von Unna einander gegenüber gestellten Formen der circumscripten Sklerodermie erscheint noch nicht möglich.

Jadassohn (Bern).



30) Lublinski. Diffuses chronisches Hautödem mit Betheiligung des Kehlkopfes.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 49.)

Verf. berichtet über eine 52jährige Frau, die wegen Anschwellung des Gesichtes, Halses und des Nackens, so wie des oberen Theiles der Brust, der Vorderarme und des Handrückens, der Unterschenkel und der Knöchel in seinem Krankenhause Aufnahme fand. Am meisten war die Pat. durch eine rauhe, belegte Stimme, so wie durch anhaltende Athembeschwerden, die sich besonders bei anstrengender Thätigkeit bemerkbar machten, beunruhigt. Die afficirten Hautpartien waren vollkommen glatt, matt glänzend und fühlten sich bei Berührung teigig und elastisch an.

Im Kehlkopfe fand sich ödematöse Schwellung der aryepiglottischen Falten, der Aryknorpel und der Interaryfalte.

Arsen führte trotz hoher Gaben mit langer Darreichung keine Besserung des Zustandes herbei. Hingegen verschwand unter Darreichung von Schilddrüsentabletten das Kehlkopfödem, und auch die Hautödeme besserten sich. Eine bestimmte Diagnose konnte L. nicht stellen. Er bezeichnet die Erkrankung als chronisch diffuses Hautödem mit Betheiligung des Kehlkopfes.

Gold (Bielitz).

31) Bettmann. Über die dystrophische Form der Epidermolysis bullosa hereditaria.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LV. Hft. 3.)

Man unterscheidet jetzt bei der bekannten Neigung, auf Traumen Blasen zu bekommen, wie sie in einzelnen Familien erblich vorkommt, 2 Formen: die einfache und die mit Atrophien einhergehende, über deren Zusammengehörigkeit noch Zweifel bestehen. B. spricht sich in Bezug auf diese ebenfalls noch sehr vorsichtig aus. Er hat 3 Brüder mit der »dystrophischen« Form beobachtet — die Eltern hatten die Krankheit nicht — das Bild war typisch; Nasenbluten, Mastdarmblutungen, Blasen in der Mundschleimhaut waren zugleich vorhanden. Die Experimente B.'s sprechen dafür, dass bei dem Leiden eine primäre abnorme Lockerung in der Haut vorhanden ist. Beide Arten der Blasenbildung, die subund die intraepidermoidale, scheinen auch bei dieser Krankheit vorzukommen. Ob die Erkrankung an den Händen der Mutter, die erst im Alter auftrat, mit der Epidermolysis der Kinder in irgend einem Zusammenhange stand, muss wohl offen gelassen werden. Dagegen ist hervorzuheben, dass die Eltern der Erkrankten Blutsverwandte waren. **Jadassohn** (Bern).

32) Respighi. Neuer Beitrag zur Hyperkeratosis centrifuga.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXXI. Hft. 6.)

R. beschreibt unter dem Namen Hyperkeratosis centrifuga die bisher meist als Porokeratosis bezeichnete eigenthümliche und sehr seltene Verhornungsanomalie auf Grund eines neuen Falles. Das charakteristische Symptom dieser Erkrankung sind kreisrunde Efflorescenzen mit hyperkeratotischem Saum und centraler Einsenkung; auch auf der Mundschleimhaut kommen Läsionen vor. Der ursprünglich als Gesetz angenommene Beginn von den Schweißdrüsen-Ausführungsgängen braucht desshalb nicht vorhanden zu sein. Daher ist der vom Verf. gewählte Name wohl vor zuziehen. Die Natur der Erkrankung ist noch ganz unerkannt.

Jadassohn (Bern).

33) C. Beck. Über Trichorrhexis nodosa der Schamhaare, zugleich ein Beitrag zur Symbiose der Bakterien.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXXI. No. 8.)

Bei der Trichorrhexis nodosa ist man noch immer im Zweifel, ob sie eine specifisch parasitäre oder eine »trophische« oder eine durch mechanische Schädi-

gungen bedingte Haarkrankheit ist. B. hat sie in einem Falle auf einem Ekzem der Regio pubis beobachtet. Er hat in den Haaren 2 Kokken gefunden, die dadurch interessant sind, dass der eine beliebig zu züchten war, der zweite aber nur aufging, wenn zugleich oder nachher der erste auf denselben Nährboden geimpft wurde (ein reines Beispiel »einer einseitigen Bakteriensymbiose«). B. glaubt nicht, dass bestimmte Bakterien die Trichorrhexis bedingen; er meint vielmehr, dass das Ekzem durch das Jucken, vielleicht auch durch mangelhafte Einfettung der Haare zu Läsionen der Cuticula der Haare geführt und damit den Bakterien den Weg geöffnet habe, und dass nach Verletzungen der Haare verschiedene Bakterien, welche in den Haaren wachsen können, die Haarfibrillen trennen und die Knotenbildungen bedingen. **Jadassohn** (Bern).

34) **L. Philippsohn.** Über Phlebitis nodularis necrotisans. (Beitrag zu dem Studium der Tuberculides von Darier.)

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LV. Hft. 2.)

Die Frage der »Tuberkulide« ist noch immer Gegenstand lebhafter Diskussion. Ob es sich in vielen dieser Fälle um eigentliche Tuberkulose — wie mir das schon längst höchst wahrscheinlich ist —, ob es sich in anderen um Toxinwirkung handelt, ob noch andere außer jedem Zusammenhang mit Tuberkulose stehen, ist zweifelhaft. P. giebt einen interessanten histologischen Beitrag zu dieser Frage, speciell was die noduläre und nekrotisirende, d. h. die eigenartigste Form dieser Exantheme angeht. Klinisch war irgend ein Zusammenhang mit Tuberkulose nicht nachweisbar. Histologisch stellte sich der Process als eine Entzündung mit Nekrose, die von den subkutanen Venen ausging, dar. Für Tuberkulose war histologisch kein Anhaltspunkt zu gewinnen; auch Bacillen konnten mikroskopisch nicht aufgefunden werden. So blieb denn die Ätiologie unklar. Das anatomische Bild aber erinnerte in Bezug auf seinen Ausgangspunkt, die subkutanen Venen, an einen Fall P.'s, in dem er Bacillen nachweisen konnte, der also eine zweifellose (»embolische«) Hauttuberkulose war. In diesem letzteren Falle war der Thierversuch früher negativ ausgefallen — ein neuerer mit Material von diesem Kranken angestellter Versuch ergab einen Iristuberkel, der sich aber spät entwickelte und, wie es scheint, spontan involvirte (abgeschwächtes Material?). (Thrombophlebitis tuberculosa und syphilitica hat auch der Ref. seither gesehen.)

Jadassohn (Bern).

35) **C. Pezzoli.** Zwei Fälle von sogenanntem Adenoma sebaceum (Hallopeau-Leredde's »Naevi symmétriques de la face«).

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LIV. Hft. 2 u. 3.)

Unter dem Namen »Adenoma sebaceum« sind multiple Geschwulstbildungen des Gesichtes beschrieben worden, welche augenscheinlich meist in früher Jugend auftreten und ein klinisch recht charakteristisches Krankheitsbild darstellen: kleine bis linsengroße, oft sehr zahlreiche, verschieden gefärbte Knötchen, speciell an Nase und Wangen. Histologisch bestand die Mehrzahl der bisher untersuchten Gebilde aus in den wesentlichsten Punkten normalen großen und dicht gelagerten Talgdrüsen — der normale Bau dieser Drüsen ließ den Namen »Adenom« als nicht gerechtfertigt erscheinen; man musste diese Gebilde als Naevi auffassen. Dabei war interessant, dass auffallend viele der mit dieser Affektion Behafteten in Bezug auf ihre Intelligenz minderwerthig, zum Theil wirklich schwachsinnig waren. In den beiden von P. berichteten Fällen traf das nicht zu. Auch P. hält die Gebilde für Naevi; er fand in den Präparaten des einen Falles eine Hyperplasie des Coriums, in dem anderen eine solche der Schweißdrüsen neben der Talgdrüsenanhäufung. Er tritt daher für den mehr umfassenden Namen »symmetrische Gesichtsnaevi« ein, im Gegensatz zu dem vom Ref. gewählten »multiple Naevi sebacei des Gesichts«. (Das letztere ist nur ein Streit um ein Wort; es giebt multiple Gesichtsnaevi, welche im Wesentlichen das gleiche Krankheitsbild aufweisen — ohne Talgdrüsenhyperplasie; dann muss natürlich das

Beiwort »sebacei« wegfallen; die Hauptsache ist die Anerkennung der Naevusnatur; dass im 2. Falle des Autors zugleich ein Schweißdrüsennaevus vorhanden gewesen ist, scheint mir aus der Abbildung nicht mit Bestimmtheit hervorzugehen — solche Schweißdrüsen sieht man auch ohne alle Naevusbildung. Ref.)

Jadassohn (Bern).

36) **M. Wolters.** Haemangioendothelioma tuberosum multiplex und Haemangiosarcoma cutis.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LIV. Hft. 2 u. 3.)

Die an der ersten Stelle des Titels genannte Geschwulstform hat schon eine Unzahl von Namen bekommen, die mit den verschiedenen über ihre Histogenese aufgestellten Hypothesen übereinstimmen. Die kleinen für die Praxis nur kosmetisch oder differentialdiagnostisch wichtigen, im Gesicht und am Brustkorb vorkommenden, mit großer Wahrscheinlichkeit auf eine kongenitale Basis zurückzuführende Neubildungen werden theils als Epitheliome, theils als Lymphangiome, theils als Hämangiomendotheliome bezeichnet. W. schließt sich der letzteren Auffassung auf Grund der Untersuchung eines Falles an, betont aber Jarisch gegenüber, dass nicht eine direkte Fortsetzung der Zellstränge in die Gefäße vorkommt, sondern dass die Endothelien der letzteren wuchern und in Strangform in die Umgebung einwachsen. (Seither ist es, wie ich glaube, mit aller Sicherheit Gassmann an meiner Klinik gelungen, den Zusammenhang dieser Zellstränge mit dem Epithel durch Serienschnitte unmittelbar nachzuweisen. Ref.)

An zweiter Stelle publicirte W. einen auch klinisch sich ganz anders verhaltenden Fall: harte Geschwülste, die ziemlich schnell wuchsen, im Gesicht und am Körper, und die sich auf Arsen zurückbildeten (ob vollständig, konnte nicht verfolgt werden); die histologische Untersuchung ergab ein Angiosarkom, d. h. einen von der Gefäßadventitia ausgehenden Tumor mit Zwischensubstanz zwischen den neugebildeten Zellen. Eine kurze Auseinandersetzung über die Frage der Endotheliome und der Angiosarkome beschließt die Arbeit. **Jadassohn** (Bern).

37) **E. Delbanco.** Ein im Subkutangewebe gelagertes Riesenzellensarkom (Myélome des parties molles, Tumeur à myéloplaxes) an der Dorsalseite des Daumens.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXXI. No. 3 u. 4.)

D. veröffentlicht einen Fall von klinisch gutartiger Geschwulst, die sehr lange im subkutanen Gewebe über dem interphalangealen Daumengelenke bestanden hatte und sich leicht herausschälen ließ. Die histologische Untersuchung ergab den typischen Bau eines Riesenzellensarkoms. Mit Rücksicht auf eingehend wiedergegebene speciell französische Arbeiten glaubt D., dass auch in seinem Falle ein Zusammenhang mit dem Knochen — wenn er auch nicht nachweisbar war — bestand. Traumatische Reizungen spielen bei solchen Tumoren an Fingern und Zehen, wie auch bei der Epulis, eine wesentliche Rolle. **Jadassohn** (Bern).

38) **Graul.** Über Nebenwirkungen des Orthoforms.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 24.)

G. sah in einem Falle, bei dem er wegen Verbrennung auf eine pfennigstückgroße Geschwürsstelle Orthoform in 10% Vaselinsalbe gelegt hatte, schon nach 2 Tagen eine ausgedehnte Dermatose eintreten. Die Empfindlichkeit gegen Orthoform muss bei einzelnen Individuen eine sehr verschiedene sein, so dass man trotz der früher gerühmten Unschädlichkeit des Orthoforms immer an die Möglichkeit einer Intoxikation denken muss. **Borchard** (Posen).

39) **D. Achwlediani.** Ein Fall von Heilung des Wasserkrebses (Noma).

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 25.)

A. sah bei einem 9jährigen Bauernknaben, bei dem das Ausbrennen mit dem Paquelin und Ätzen mit Chlorzink gar keinen Nutzen gebracht hatte, Noma unter

fleißiger Anwendung von Pyoktanin heilen. Es wurden mit einer 1%igen Lösung alle gangränösen Stellen getränkt, und zwar Anfangs stündlich, nachher 2stündlich. Daneben Gurgelungen mit Kali chloricum. **Borchard** (Posen).

40) **L. Vajda.** Urethro-Kalibro-Dynamometer.

(Ärztliche Polytechnik 1901. April.)

Obiges Instrument ist ein Dilatator, auf dessen Zeigerscheibe sich 2 Zeiger befinden; der eine giebt die Weite der Lichtung jedes beliebigen Theiles der Harnröhre an, der andere die Kraft, mit welcher die Dilatation jeweilig geschieht. Letzterer ist somit ein Widerstandsanzeiger und Anzeiger für Kraftdosirung. Eine Abbildung im Originale. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

41) **L. Löw.** Über Doppelbildung der Harnröhre.

(Wiener med. Wochenschrift 1900. No. 28.)

Bei dem 28 Jahre alten, an Gonorrhoe erkrankten Pat. handelte es sich um einen jener Fälle, wo die Harnröhre im prostatischen Theil sich zu spalten scheint und der obere — falsche — Kanal vorn über dem Orificium externum an einem sonst normal aussehenden Gliede mündet. Der endoskopisch nicht sichtbare Zusammenhang mit dem hinteren Theil der Harnröhre wird durch Färbung desselben nach Einspritzung von Methylenblau in den Kanal nachgewiesen. Vom Kanale aus lässt sich auch in die Blase Flüssigkeit bringen, wie auch einige Tropfen Urin bei zugehaltener normaler Öffnung durch den Kanal dringen. Die Kommunikation kann aber nur haarfein sein. Der Fall ähnelt am meisten einer von Meisels veröffentlichten Beobachtung; in der Zusammenstellung ähnlicher Fälle fehlt aber der von Posner beschriebene (und vom Ref. operirte) Fall.

Herm. Frank (Berlin).

42) **E. Heuss.** Lichen planus der Urethralschleimhaut.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXXI. No. 10.)

Bei einem Pat. mit Lichen planus der Mundschleimhaut und der Penis- und Scrotalhaut fand H. — da der Kranke über leichtes Kitzeln nach dem Uriniren klagte — »ein Netzwerk feinster, weißer Streifen« auf der Harnröhrenschleimhaut (Gonorrhoe war nie vorhanden gewesen). Durch Arsenbehandlung heilten diese Plaques; es ist das der erste konstatirte Fall von Lichen planus in der Harnröhre.

Jadassohn (Bern).

43) **B. N. Cholzow.** Die Behandlung der Harnröhrenstrikturen mit Elektrolyse.

(Boln. Gazeta Botkina No. 6—14. [Russisch.])

C. wandte in 22 Fällen die Elektrolyse mit der Olive an. Die Olive ist bei leicht dehnbarer Striktur um 3 Nummern, bei schwer dehnbarer um 2 stärker als der Durchmesser der verengten Stelle (nach Charrière). Oft genügt schon eine Sitzung, sonst 2—4, jede 12—13 Minuten lang. Stromstärke 5—6 Milliampères. Resultate: eine sehr alte Narbenstriktur blieb ungeheilt; eine zweite traumatische wurde bis No. 12—14 erweitert; überhaupt sind die traumatischen Strikturen schwer zu heilen. In den übrigen 20 gonorrhoischen Strikturen gab die Behandlung gute Resultate, Erweiterung von No. 12—26. 4 Fälle blieben 3—8 Monate recidivfrei, von den übrigen fehlen weitere Nachrichten.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

44) **M. A. Tschlenoff.** Über einen Fall eines primären tuberkulösen Hautgeschwürs am Penis.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LV. Hft. 1.)

Bei einem sonst gesunden Manne von 43 Jahren trat ein auf Jodkalium nicht heilendes, tiefes, mit derbem Rande versehenes Geschwür am Penis ein. Die histo-

logische Untersuchung ergab tuberkulösen Bau und einige Bacillen. Wahrscheinlich handelte es sich hier um den seltenen Fall einer tuberkulösen Infektion per coitum. Die Frau des Pat. war zwar gesund, andere Infektionsgelegenheiten aber waren vorhanden. (Wenn der Bacillenbefund nicht wäre, würde die Möglichkeit einer tertiären Lues trotz des histologischen Befundes und trotz des mangelhaften Jodkaliumerfolges vorliegen; denn tertiäre Syphilide am Penis können sehr »tuberkuloid« gebaut und der Jodkaliumtherapie gegenüber auffallend hartnäckig sein — auf Hg aber heilen. Ref.)

Jadassohn (Bern).

45) **N. N. Michailow.** Zur operativen Behandlung der Harninkontinenz nach Prof. Gubarow.

(Journal für Geburtshilfe und Gynäkologie 1900. September. [Russisch.])

Eine 39 Jahre alte Bäuerin gerieth unter einen Pflug, der ihr eine Wunde am Bauche, an den Geschlechtstheilen und dem rechten Oberschenkel beibrachte. Bauchfell nicht verletzt, Schambein gebrochen, Blase extraperitoneal zerrissen, eben so die Harnröhre. Die Wunde heilte durch Granulationen, wobei ein Knochenfragment entfernt wurde. Darauf Inkontinenz. Man findet Vorfall eines Theiles der Harnröhrenschleimhaut, eine Harnröhrenfistel, einen Blasenstein und einen kindskopfgroßen rechtsseitigen Leistenbruch. Der Stein wurde durch die Harnröhre entfernt; er hatte sich um ein Knochenfragment gebildet. Dann wurde der Vorfall entfernt, die Harnröhre verengert und die Fistel geschlossen, ohne Erfolg. Nun Operation nach Gubarow: Entfernung eines eiförmigen Schleimhautlappens aus der Vorderwand der Scheide unter der Harnröhre, Naht des Defektes. Heilung. Eine letzte Operation beseitigte die Hernie.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

46) **Violet.** Nouvelle observation de prostatectomie trans-ano-rectale médiane.

(Province méd. 1901. No. 15.)

Auf dem Wege durch den Mastdarm hindurch nach Spaltung des Sphinkters hat Jaboulay im Ganzen jetzt 6mal die vergrößerte Prostata weggeräumt, theils durch extrakapsuläre Totalexstirpation, theils intrakapsulär total oder durch Enukleation, und er ist von seinen Erfolgen, wenigstens von den vier ersten Fällen, über die er bis jetzt berichtet hat, sehr befriedigt. In dem hier berichteten Falle handelt es sich um einen falschen Weg bei einer Retention, welcher den Katheter nicht mehr in die Blase gelangen ließ. Nachdem der Zugang zur Prostata vom Mastdarminnern aus gewonnen ist, wird die Drüse stumpf mit dem Finger subkapsulär ausgeräumt; es entsteht ein 1—2 cm großer Defekt der hinteren Harnröhrenwand, der Urin stürzt heraus, und über dem eingelegten Dauerkatheter wird durch die über einander geschlagenen und vernähten Prostatakapselhälften die hintere Harnröhrenwand von Neuem gebildet. Der Heilungsverlauf wurde gestört durch das Herausgleiten des Dauerkatheters mit folgendem Fieber; der den Pat. ausnehmend befriedigende Erfolg der Behandlung besteht in der Bildung einer Harnröhren-Mastdarmfistel. Der Urin entleert sich willkürlich, nur mit zu häufigem Drange, durch den After; nur wenige Tropfen gelangen durch die Harnröhre hindurch.

Jaboulay hält die Methode der subkapsulären Enukleation für ein Normalverfahren der Radikaloperation, und zwar auf dem oben genannten Wege, bei welchem die Spaltung des Sphinkters die Ausführung der Operation außerordentlich erleichtert, ohne dass selbst im schlimmsten Falle einer Kloakenbildung die willkürliche Urinentleerung, aber durch den After, in Frage gestellt sein soll.

Herm. Frank (Berlin).

47) **Graubner.** Kasuistischer Beitrag zur operativen Therapie der Blasenspalte.

(St. Petersburg med. Wochenschrift 1900. No. 36.)

G. operirte bei einem 11jährigen Mädchen mit Blasenektopie nach Maydl und erzielte völlige Heilung. Das Wichtige an dieser Mittheilung ist, dass sich

die Nachbeobachtung auf etwas länger als 1 Jahr erstreckte. Das Mädchen hatte keinerlei üble Folgen von der Operation; sie war völlig kontinent; einmal am Tage wurden gebundene Fäces entleert und 3—4mal Urin mit sehr geringer Beimengung von Koth. Nachts wurde sie nicht geweckt und hat das Bett nie durchnässt. **Haeckel** (Stettin).

48) **B. Bayerl.** Eine Harnblasenschussverletzung.
(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 19.)

Fall von extraperitonealer Blasenschussverletzung — bei einem Knaben — mit Eingangsöffnung oberhalb des linken Schambeines ohne Ausschussöffnung, wobei sich das kleine Geschoss aus der einen der zur Beseitigung der Harninfiltration angelegten Schnittwunden am Rücken des Gliedes entleerte. Heilung. **Kramer** (Glogau).

49) **Gerson.** Über die Häufigkeit des Blasensteinleidens in Thüringen nebst Ausführungen über die Behandlung desselben.
(Korrespondenzblätter des allgem. ärztl. Vereins von Thüringen 1900. No. 1 u. 4.)

G. berichtet über 40 Steinkranke, welche Riedel in Jena behandelt hat, so wie über 14 weitere früher von Demselben Operirte unter ausführlicher Mittheilung sämmtlicher Krankengeschichten.

Bei 14 Kranken führte die Lithotripsie zum Ziele; 12 heilten, 2 starben. Von letzteren starb der eine, ein 6jähriger Knabe, 2 Tage nach der Operation an eitriger Peritonitis, ausgehend von einem großen, alten Abscess der rechten Niere. Der andere, ein 75jähriger Mann, starb 10 Tage nach der Operation; er hatte große Abscesse älteren Datums unter dem Peritoneum über den beiden Mm. psoas, frische Pneumonie und Vereiterung der Nieren. Bei 3 dieser Kranken handelte es sich um Inkrustationen und Fremdkörper (Holzstück, Blätter, Haarnadel), welche sie zu masturbatorischen Zwecken in die Blase eingeführt hatten.

Von 15 mit Boutonnière behandelten Kranken starben 2; der eine der Letzteren hatte Schrumpfung und Vereiterung beider Nieren, der andere neben Prostatahypertrophie ein Blasendivertikel, von dem aus sich eine prävesicale Phlegmone entwickelte. Bei 2 Kranken hatte sich der Stein um Stearinbougies gebildet, welche sie in die Harnröhre eingeführt hatten, die aber in die Blase gerutscht waren.

27 Kranke wurden mit Sectio alta behandelt. Es starben 5; einer davon ohne Zweifel an den Folgen des Verweilkatheters, der zur Entwicklung eines großen Prostataabscesses geführt hatte. Der Verweilkatheter wird desshalb durchaus verworfen. Die Übrigen starben meist an Nierenvereiterungen.

Während Riedel in 11½ Jahren in Thüringen 40 Kranke mit Blasensteinen beobachtete, stellten sich in der gleichen Zeit 300 aus Thüringen stammende Gallensteinkranke vor. **Haeckel** (Stettin).

50) **Davrinche.** Expulsion spontanée par l'anus d'un volumineux calcul vésical.
(Soc. centrale de méd. du département du Nord 1901. Mai 24.)

Bei dem zur Zeit 31jährigen Pat. ging vor 24 Jahren ein hühnereigroßer Blasenstein spontan durch den After ab (Urat- und Oxalatkern, Phosphatschale). Pat. hat seither nur seitweilig durch die Harnröhre urinirt, sonst regelmäßig durch den Mastdarm, welcher mit der Zeit äußerst tolerant geworden ist. Inkontinenz ist nicht vorhanden. **Mohr** (Bielefeld).

51) **W. J. Rasumowski.** Ein Fall von solitärem Blasengeschwür.
(Annalen der russ. Chirurgie 1901. Hft. 2.)

Pat., 62 Jahre alt, im März und September 1897 Hämaturie. Cystoskopie: Zottengeschwulst am Fundus. Diagnose: Blasenkrebs. Operation am 4. November

1897: es werden 2 Papillome am Fundus entfernt; neben dem rechten Harnleiter findet man ein rundes Geschwür von typischem Aussehen. Kauterisation mit dem Paquelin. Offene Behandlung, Heilung nach 2 Monaten. 3 Jahre später vollständig gesund. **Glückel** (B. Karabulak, Saratow).

52) O. Zuckerkandl. Resektion der Harnblase.

(Aus der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1901. No. 3.)

67jähriger Pat. bekam vor 4 Jahren Hämaturie, Anfangs intermittirend, später dauernd; im Verlaufe vermehrter Harndrang, Dysurie und ausstrahlende Schmerzen beim Harnlassen. Cystoskopisch war am Scheitel ein etwa thalergroßer Substanzverlust zu sehen, dessen gewulsteter Rand sich scharf gegen die angrenzende hyperämische Blasenschleimhaut abgrenzte. In Chloroformnarkose und Beckenhochlagerung suprasymphysärer Längsschnitt. Die Blase muss hinter der Symphyse eröffnet werden, da die oberen Partien sich als infiltrirt erweisen. Mit dem Finger tastet man eine massige, den ganzen Blasenscheitel erfüllende Aftermasse, die an ihrer vertikalen Fläche ein derbes Geschwür mit aufgeworfenen Rändern von etwa Thalergröße trägt. Der Versuch, die Blase aus ihrer Serosahülle auszulösen, gelingt nicht, da das Bauchfell am Scheitel festgewachsen ist. Verlängerung des Schnittes nach oben und Eröffnung der Bauchhöhle. Das Bauchfell wird jenseits der Geschwulstgrenzen bogenförmig umschnitten, die centrale Lefze stumpf nach allen Seiten abgedrängt, so dass die der Geschwulst angrenzenden normalen Theile der Blase bloßgelegt sind. Von außen her erfolgt nun die Ausschneidung der Neubildung im Gesunden. Erhalten bleiben der Blasengrund mit den Harnleitermündungen und die unteren Partien der seitlichen, vorderen und hinteren Wand.

Vernähung des Bauchfells; hierauf wird der Blasenrest, so weit möglich, durch Nähte zu einem Hohlraume umgewandelt, in dessen tiefsten Punkte ein Knierohr zur Ableitung des Harns gelegt wird.

Anfangs blutiges Erbrechen und blutige Diarrhöen, Singultus, der 10 Tage anhielt. In der 6. Woche Entfernung des suprapubischen Drains, danach in wenig Tagen Schluss der Wunde unter Harnröhrenverweilkatheter.

Pat. kann den Harn 2 Stunden halten, die Blase fasst 200 ccm. Harnentleerung geht anstandslos von statten.

Die cystoskopische Untersuchung zeigt die Decke der Blase in eine Spitze auslaufend; hierselbst strahlige Narbe.

Die histologische Untersuchung der (im Gesunden) entfernten Geschwulst ergab Carcinom. **Hübener** (Dresden).

53) Hogge. Un cas d'extirpation de la vessie et des organes génitaux en totalité pour tumeur de la vessie, guéri depuis plus de trois ans.

(Progrès méd. 1901. No. 4.)

H. entfernte bei einem 45 Jahre alten Manne 1897 Hoden, Penis, Prostata, Samenblasen und Blase in einer Sitzung; die Harnleiter nähte er in den Mastdarm ein, sie lösten sich jedoch und bildeten vor dem Mastdarme eine Kloake, von der aus H. dieselben sondiren und die pyelitischen Nierenbecken auswaschen konnte. 1 Jahr später gelang es, die Harnleiter in den Mastdarm einzunähen. Bei der ersten Operation wurde von einem großen prärectalen Schnitt aus der Mastdarm von der Prostata, den Samenblasen und der Blase gelöst; alsdann wurde die Symphyse getrennt, das Bauchfell von der Blase gelöst und die Blase sammt Geschwulst, Prostata, Samenblase, Hoden und Penis in toto entfernt. Pat. fühlt sich heute, 1901, wohl. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).



54) **S. A. Alexandrow.** Zur Harnleiterchirurgie.

(Journal für Geburtshilfe und Gynäkologie 1900. December. [Russisch.])

Die 21jährige Pat. hatte eine schwere Vesico-Recto-Vaginalfistel seit 7 Jahren und war wegen derselben 36mal operirt worden, u. A. mit Episiokleisis und Bauchfistel, doch immer ohne Erfolg. Endlich entschloss sich A., die Harnleiter in den Mastdarm einzupflanzen, über dem Sphincter tertius, retroperitoneal. Die Harnleiter wurden etwas schräg von oben nach unten eingenäht. Der Stuhl wurde 6 Tage lang zurückgehalten, der Urin durch ein Drainrohr herausgeleitet. Harndrang erst sehr vermehrt, später urinirte Pat. 9—11mal während 24 Stunden. 2 Monate später wurde sie gesund und mit ihrem neuen Zustande sehr zufrieden entlassen. Während der 2 Monate sah A. keine Symptome von Harnzurückhaltung oder Intoxikation vom Darme aus; der Darm passte sich bald seiner neuen Funktion an. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

55) **Thumim.** Nephrektomie wegen Pyelonephritis calculosa. (Kasuistischer Beitrag zur Bedeutung der funktionellen Nierendiagnostik aus Prof. Landau's Frauenklinik in Berlin.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 45.)

Casper und Richter haben dargethan, dass Phloridzin die Niere zur aktiven Zuckerproduktion veranlasst und diese Thatsache zur Ausarbeitung einer diagnostischen Reaktion von außerordentlicher Feinheit benutzt, und mittels des Harnleiterkatheterismus nach vorhergegangener subkutaner Phloridzininjektion aus beiden Nieren Urin aufgefangen, wobei sie fanden, dass die gesunde Niere jedes Mal positiv, die kranke je nach dem Grade der Erkrankung entweder im geringen Maße oder gar nicht mit Zuckerausscheidung reagirt. So ist es möglich, die Nieren einzeln bezüglich der Thätigkeit ihres Parenchyms zu prüfen. Verf. theilt einen diesbezüglichen Fall mit, in welchem die Phloridzinmethode zum Zwecke der Sicherstellung der funktionellen Diagnose vor der Nephrektomie ausgeführt wurde. Die Reaktion gab Aufschluss über die Funktionstüchtigkeit der gesunden Niere, und konnte T. auch feststellen, dass es sich bei der kranken Niere nicht nur um Eitersackbildung des Nierenbeckens selbst, sondern auch um schwere Parenchymveränderungen handelte. **Gold** (Bielitz).

56) **Mohr.** Zur Behandlung der polycystischen Nierenentartung.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VI. Hft. 4 u. 5.)

Bei einem Kranken mit septischer Allgemeinerkrankung nicht ganz klaren Ursprunges tritt eine akute, septische Nephritis auf und eine Schwellung der linken Nierengegend, die einen perinephritischen Abscess annehmen lässt. Bei der Operation findet sich letzteres nicht, sondern eine vereiterte Cystenniere. Obwohl man durch Tastung an der anderen Niere gleichfalls cystische Entartung findet, wird doch die linke exstirpirt, einmal um diesen sicher gestellten Eiterherd zu beseitigen und so die Sepsis einzudämmen, sodann weil sie so stark entartet war, dass sie wohl kaum zur Urinsekretion noch beitrug. Glatte Heilung.

Wenn im Allgemeinen bei polycystischer Entartung die Nierenexstirpation nicht ausgeführt werden soll, da zu oft die andere Niere eben so erkrankt ist, so sind Ausnahmen von dieser Regel gestattet: 1) wenn die Niere durch ihre Größe oder Dislokation sehr starke Beschwerden macht, die durch konservatives Verfahren (Nephropexie) nicht beseitigt werden können, 2) wenn sehr starke Hämaturie besteht, 3) wenn ausgedehnte eitrige Processe an einer Cystenniere stattgefunden haben, wie im vorliegendem Falle. **Haeckel** (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 41. **Sonnabend, den 12. Oktober.** **1901.**

Das Vorziehen der Sehnen vor ihrer Abtragung, eine gelegentliche Ursache der Sehnenscheidenphlegmone bei Fingeramputationen wegen Verletzung.

Von

Dr. Carl Lauenstein,

Oberarzt des Hafenkrankenhauses zu Hamburg.

Wiederholt habe ich erlebt, dass eine unvorhergesehene Infektion der Sehnenscheiden entfernt vom Orte ihrer Verletzung dadurch zu Stande gekommen war, dass bei der Versorgung der verletzten Finger die Sehnen vor ihrer Abtragung mehr oder weniger stark vorgezogen

worden waren. Die abgeschnittenen Sehnenstümpfe hatten sich weit — oft bis zu 5 cm — in ihre Scheiden zurückgezogen. Trotz Offenlassens der Wunden der Fingerstümpfe tritt in solchen Fällen Fieber auf, es gesellen sich ganz allmählich Schwellung und Schmerzen hinzu, und als Ursache findet man nach einigen Tagen die Eiterung der Sehnenscheide, veranlasst durch den Sehnenstumpf, der, beim Vorziehen inficirt, nach der Abtragung sich zurückgezogen und so die Infektion in die Sehnenscheide übertragen hat. Auf die Bedeutung solcher Sehnenscheideneiterungen, die ich z. B. wiederholt an den Beugesehnen zu beobachten Gelegenheit hatte, brauche ich hier nicht näher einzugehen. Das besprochene Ereignis kommt meiner Erfahrung nach am leichtesten bei den Handverletzungen vor, wie sie der du jour-Arzt in Hospitälern mit Verletzungsmaterial und in poliklinischen Verhältnissen zu behandeln hat.

Veranlassung, auf diesen Infektionsmodus, der natürlich auch am Fuße eine Rolle spielen kann, und darauf, dass das Vorziehen der Sehnen vor ihrer Abtragung unnöthig, weil gefährlich ist, hinzuweisen, war mir, dass ich in unseren gebräuchlichen größeren und kleineren Handbüchern der Chirurgie diese Thatsache nicht erwähnt finde.

---

1) Comptes rendus der Sektion für allgemeine Chirurgie des 13. internationalen medicinischen Kongresses zu Paris 1900. Herausgegeben von Ch. Walther.

Paris, **Masson & Co.**, 1901. 823 S.

Der vorliegende, mit zahlreichen Abbildungen ausgestattete Band bildet die 10. der 17 Abtheilungen, in welchen die Vorträge des Kongresses vereinigt worden sind, und umfasst die zum Theil weiter ausgearbeiteten Vorträge chirurgischen Inhalts in der Sprache des Originals (Kongress-Sprachen: französisch, englisch, deutsch, italienisch). Ausgeschlossen ist die Chirurgie des Kindesalters (enthalten im Bd. V), die der Harnwege (Bd. XI) und die Kriegschirurgie (Bd. XVII). Die meisten vorliegenden Arbeiten wurden in diesem Blatte 1900 No. 48—51 kurz referirt. **Mohr** (Bielefeld).

---

2) **A. Brabec.** Über nosokomiale Gangrän.

(Wiener klin. Rundschau 1901. No. 20, 22—24.)

Die interessante Arbeit verdient schon desswegen Beachtung, weil der Hospitalbrand heut zu Tage sehr selten ist und daher der Mehrzahl der jüngeren Ärzte ein ganz unbekanntes Krankheitsbild sein dürfte. B. schickt zunächst seinen Betrachtungen die Beschreibung eines Falles voraus, den er in der Klinik des Prof. Maydl beobachtete. Dieser Fall von Hospitalbrand am Unterschenkel einer 13jährigen Pat. bot alle Charakteristica der Erkrankung dar: Fieber, enorme Schmerzhaftigkeit, Jauchung mit stinkender Verflüssigung

der Weichtheile und Freilegung von Sehnen und Knochen, Durchfälle und schwere allgemeine Kachexie; vor Allem fanden sich Vincent'sche Bacillen mit Spirillen im Eiter und in den Geweben.

Verf. hat genaue Nachuntersuchungen über die Färbbarkeit dieser Bacillen angestellt; eine Reinzüchtung gelang auch ihm trotz mühevoller Versuche auf keine Weise. Er ist der Überzeugung, dass das wechselvolle klinische Bild der nosokomialen Gangrän durch die leicht auszuführende bakteriologische Untersuchung wegen ihrer Einfachheit und Sicherheit auch von weniger geübter Hand jederzeit richtig gedeutet werden kann. Ferner schildert er den pathologisch-histologischen Befund. Es finden sich Infiltrate, die oberflächlich nekrotisch und ganz von typischen Vincent'schen Bacillen durchsetzt sind; letztere sind: »zarte, fadenförmige, 5—10 µ lange, gerade oder gebogene Bacillen, theils vereinzelt, theils in Fäden zu 2 bis 5 Stück angeordnet, mit abgerundeten Enden und einer Spirille, die 2mal so lang als der Bacillus und sehr zart ist«. Ferner besteht diffuse, obliterirende Gefäßentzündung neben vielen Extravasaten in der Umgebung.

In einem interessanten geschichtlichen Überblick zeigt Verf., dass der Hospitalbrand in älterer Zeit eine endemische Krankheit der Spitäler, Kasernen, Gefängnisse etc. war und dass er besonders zu Kriegszeiten die schrecklichsten Verwüstungen angerichtet hat, bis die antiseptische Wundbehandlung ihn mit der Zeit fast ganz beseitigte. Jetzt findet er sich nicht mehr endemisch in Spitälern, nur ab und zu werden vereinzelte Fälle beschrieben, die meist außerhalb der Krankenhäuser entstanden waren.

Verf. definirt den Begriff der Krankheit dahin, dass er sagt, es sei ein Process sui generis, der sich den übrigen pathologischen Processen schwer angliedern lasse und wie etwa Noma eine Sonderstellung unter ihnen einnimmt; sie wird seiner Meinung nach primär durch den specifischen Mikroorganismus erzeugt, ohne vorherige Nekrose. Es sind 3 Grade zu unterscheiden:

1) Leichte Fälle, mäßiges Fieber und Schmerzen, schmieriger Wundbelag.

2) Heftiges Fieber und Schmerzen, tiefes, nosokomiales Geschwür.

3) Pulpöse Form: stinkende, fortschreitende Jauchung, Membranbildung, Hämorrhagien, septischer Charakter, schwere Allgemeinerscheinungen.

Was die Therapie anlangt, so giebt Verf. an, dass nur in den leichtesten Fällen Antiseptica (kein Ferrum candens) versuchsweise angewendet werden sollen. In allen schweren Fällen, um die drohende Sepsis zu vermeiden, ist frühzeitige Amputation mit offener Nachbehandlung des Stumpfes am Platze. **Schmieden** (Bonn).

---

3) **F. Ransom.** Die Vertheilung von Tetanusgift und Tetanusantitoxin im lebenden thierischen Körper.

(Berliner klin. Wochenschrift 1901. No. 13 u. 14.)

Tetanustoxin sowohl als Antitoxin wird aus dem subkutanen Gewebe mittels der Lymphgefäße aufgenommen und dem Blutstrome zugeführt. Nach intravenöser Injektion tritt ein beträchtlicher Theil des Toxins so wie des Antitoxins in die Lymphe über. In der Cerebrospinalflüssigkeit dagegen erscheint das Antitoxin nur in verhältnismäßig sehr kleinen Mengen, und das Toxin konnte mit Sicherheit überhaupt nicht nachgewiesen werden. Injektion des Tetanusantitoxins in den subarachnoidalen Raum verursacht keine Erhöhung der normalen entgiftenden Kraft der Nervensubstanz, und das Antitoxin geht schnell und fast vollständig in die Blutbahn über. Nach Injektion des Toxins in das Centralnervensystem verliert die Nervensubstanz wenigstens eine Zeit lang die Fähigkeit, Gift zu neutralisiren und wird selbst toxisch. Dies beruht nicht auf anhängender Cerebrospinalflüssigkeit, sondern das Gift wird vielmehr von der Nervensubstanz festgehalten. Das Verschwinden des Tetanustoxins aus dem Blute von Hühnern nach intravenöser Injektion kleiner Giftmengen beruht nicht auf einer Anhäufung des unveränderten Toxins in irgend einem Organe. Zu der Zeit, wo nach dem Verschwinden des Toxins Antitoxin im Blute zu erscheinen beginnt, ist keine Anhäufung von Antitoxin in irgend einem Organe zu finden. Auf eine einzelne, intravenös gegebene, kleine und ganz unschädliche Toxindosis reagirt der Hühnerorganismus mit der Herstellung einer beträchtlichen Antitoxinmenge. **Schulz** (Barmen).

---

4) **R. Park.** The nature of the cancerous process.

(Buffalo med. journ. 1901. Juli.)

P., ein Anhänger der parasitären Entstehungstheorie der bösartigen Geschwülste, hält sämmtliche früheren Geschwulsttheorien für unzulänglich. Die Cohnheim'schen Anschauungen erklären nur das Vorhandensein gewisser Zellen an ungewöhnlichen Orten, nicht aber das eigenartige Verhalten der Zellen in bösartigen Geschwülsten. Reizwirkung und Trauma haben nur in so fern Beziehungen zur Geschwulstbildung, als sie analog ihrer Wirkung bei der Tuberkulose die Widerstandsfähigkeit des Gewebes gegenüber der Krebsinfektion herabsetzen. Die bisherige Abneigung vieler Krebsforscher gegen die parasitäre Theorie erklärt sich durch den Umstand, dass die Untersuchung frischen und noch lebenswarmen Gewebes und die Interpretation der Lebenserscheinungen der Geschwülste gegenüber dem Studium todten Gewebes an gehärteten Schnitten zu sehr vernachlässigt worden ist. Für die parasitäre Entstehung sprechen: die infektiöse Grundursache analoger Geschwulstformen bei der Pflanze und beim Thier, die vielfachen Analogien zwischen bösartigen Geschwülsten und infektiösen Granulations-

geschwülsten, die Metastasenbildung, die sonst in der Pathologie immer als ein Zeichen der Infektiosität angesehen wird, schließlich die lokale Infektiosität der bösartigen Geschwülste. Gegen die Ansicht, dass die vielfach beschriebenen und als Parasiten gedeuteten Formelemente in den Geschwülsten bloße Zelldegenerationen seien, spricht, dass solche Formen in gesunden Geweben und in gutartigen Geschwülsten nicht vorkommen, dass sie ferner unter anderen Umständen bisher nicht künstlich reproducirt werden konnten, und dass ganz ähnliche Elemente nach Krebsinokulationen entstanden sind. Die gleichen Elemente zeigen, wenn sie lebenswarmem Krebsgewebe entnommen sind, unter dem Mikroskop deutliche amöboide Bewegungen.

Im Krebslaboratorium der Universität Buffalo fand P. fast bei allen untersuchten bösartigen Geschwülsten Organismen, deren Kulturen auf Thiere immer pathogen wirkten, aber nicht immer deutliche Carcinome hervorbrachten. Die vielfachen Misserfolge bei den Versuchen, durch Einimpfung von Krebsgewebe oder Parasitenkulturen bei Thieren Krebs zu erzeugen, erklären sich aus unserer Unkenntnis bezüglich der Biologie der anscheinend sehr empfindlichen Parasiten, welche nach P.'s Untersuchungen den gewöhnlichen bakteriologischen Methoden und Kulturmedien vollkommen inadäquat sind. Am besten bewährte sich zur Kultur die Methode von Gaylord und Clewes: kleine Kollodiumkapseln werden mit Kulturen oder frischem Gewebssaft gefüllt, versiegelt und in die Bauchhöhle eines Thieres gebracht. Hier erfolgt starkes Wachsthum und Zunahme der Virulenz. Verimpfung auf ein zweites Thier führt zu akuter hämatogener Infektion und Knotenbildung in den verschiedensten Körpertheilen, entsprechend einer miliaren Carcinose. Die Knoten haben oft den genauen Charakter eines Adenocarcinoms.

Ohne auf eine genauere Beschreibung seiner Parasiten einzugehen, deren Lebensverhältnisse noch nicht genügend studirt sind, hebt Verf. eine große, bis auf Einzelheiten genaue Übereinstimmung seiner Untersuchungen mit den jüngst von M. Schüller (Die Parasiten im Krebs und Sarkom des Menschen; Jena, 1901) veröffentlichten hervor. Wahrscheinlich handelt es sich um protozoenähnliche Organismen. **Mohr** (Bielefeld).

---

5) W. Stempel. Über die Gefahren der Gasheizungsanlagen. Zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Hämoglobinurie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIV. Hft. 2.)

Verf. bespricht eingehender die verschiedenen Ursachen, welche eine Hämoglobinurie erzeugen können, mit besonderer Berücksichtigung derjenigen ätiologischen Faktoren, welche hauptsächlich für die Chirurgie in Betracht kommen. Hier sind vor Allem die früher geübten Bluttransfusionen vom Thiere aus und eine Reihe medikamentöser Intoxikationen zu nennen. S. weiß als neue, bisher unbekannte, resp. noch nicht publicirte Ätiologie für Hämoglobinurie die Ein-

athmung von Gasen anzuführen, welche in gewisser Beziehung zur Chirurgie stehen. Durch ungenügende Verbrennung der Heizgase, wie sie vielfach in chirurgischen Operationssälen angewendet werden, entstehen nämlich Produkte, welche, wie des Verf. eigene ausführlich beschriebene Krankengeschichte lehrt, durch fortgesetzte Einathmung allgemeine Erscheinungen von Mattigkeit, Abgeschlagensein, Kopfschmerzen etc. hervorrufen können und schließlich sogar Hämoglobinurie zu veranlassen im Stande sind. S., der stets gesund war, hat auf diese Weise wiederholt Anfälle von Hämoglobinurie sich zugezogen. Erst die Abschaffung seines im Operationszimmer aufgestellten Gasheizapparates beseitigte die Wiederkehr des Leidens. Desshalb erhebt er die Forderung, dass das Heizgas aus den Operationszimmern zu verbannen sei. Einen bestimmten chemischen Nachweis, welcher Stoff die Schädigung herbeiführe, kann man bisher nicht führen. Indessen vermuthet S., dass das Acethylen wohl am ehesten in Betracht käme. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

6) **B. Korff.** Die Narkose des Herrn Dr. Schneiderlin. (Aus der Klinik von Prof. Schinzinger in Freiburg i/Br.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 29.)

Die Schneiderlin'sche Narkose besteht in der mehrmaligen subkutanen Darreichung von Scopolaminum hydrobromicum in Dosen von 3 dg an mit Morphin (1 cg und mehr). In Schinzinger's Klinik ist die Methode etwas modificirt in Anwendung gekommen: Es wurden zunächst 3—4 dg (bei Kindern von 7—10 Jahren 1—2 dg) Scopolaminum hydrobromicum und 1 cg (bei Kindern $^1/_3$—$^1/_2$ cg) Morphin 2—3mal in 2stündigen Pausen injicirt und $^1/_2$—1 Stunde nach der 2. bezw. 3. Einspritzung, falls noch keine genügende Anästhesie eingetreten war, so viel Chloroform auf Tropfmaske geträufelt, als zur Narkose nöthig war. Oft reichten ein Paar Tropfen aus, höchstens wurde bis $^1/_3$ der sonst zur Chloroformbetäubung erforderlichen Menge verbraucht. Die Narkose war ruhig, nicht durch Erbrechen gestört; nach ihr schliefen die Pat. stundenlang weiter und vermochten nach dem Erwachen, frei von allem Unbehagen, Kopfweh etc., bald etwas Nahrung zu sich zu nehmen. Folgeerscheinungen traten unter 80 Fällen, in denen die Schneiderlin'sche Narkose angewandt worden, nur 1mal — bestehend in Verminderung der Pulsfrequenz auf 46 während 24 Stunden — auf.

Hiernach erscheint die Schneiderlin'sche Narkose weiterer Prüfung, besonders auch zur Feststellung der Maximaldosis des Scopolamins, werth. **Kramer** (Glogau).

---

7) **E. A. Schäfer.** On certain practical applications of extract of suprarenal medulla.

(Brit. med. journ. 1901. April 27.)

S. empfiehlt auf Grund von Thierversuchen das Extrakt der Nebenniere bei plötzlicher Herzschwäche, in Folge von Chok, Blu-

tungen, Intoxikationen, hauptsächlich auch bei Unfällen in der Narkose. Das zur Verwendung gekommene Material bestand aus der gesunden Marksubstanz der Nebenniere des Ochsen oder des Schafes. Dieselbe wurde schnell bei einer Temperatur von nicht mehr als 50° getrocknet. Zur Anwendung kam eine filtrirte Abkochung von 0,35:30. Dieselbe soll in eine oberflächliche Vene oder in verzweifelten Fällen ins Herz selbst durch die Brustwand hindurch injicirt werden. Irgend welche nachtheiligen Wirkungen hat S. bei seinen Versuchen nicht beobachtet.

Dessgleichen soll eine Abkochung von 3,0:400,0 bei lokaler Anwendung eine kräftige Kontraktion des Uterus anregen. S. stellt eine ausführliche Publikation über die Versuche in Aussicht.

Weiss (Düsseldorf).

---

8) **G. Lotheissen.** Zur Technik der Nerven- und Sehnennaht.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIV. Hft. 2.)

Bei Verletzungen von peripheren Nerven, bei denen die Diastase der Fragmente eine primäre Wundvereinigung unmöglich macht, hat man verschiedene Verfahren angewendet, dem Heilungsprocesse zu Hilfe zu kommen. Man bediente sich eines Katgutstranges oder Röhren aus verschiedener Substanz. Alle diese Methoden haben nach L.'s Ansicht Nachtheile, welche ihre allgemeine Brauchbarkeit in Frage stellen. Verf. empfiehlt als geeignetes Mittel in Formalin gehärtete Gelatineröhren. Solche in 2%iger Lösung gehärtete Stäbe und Röhren, welche auch sterilisirt werden können, verfallen nach den Experimenten L.'s je nach der Zeit, in welcher sie in Formalin gelegen haben, einer mehr oder weniger langsamen Resorption. Die Anwendung ist empfehlenswerth bei Nervennähten und auch bei Naht der Sehnen, wo besonders darauf zu achten ist, dass mehrere durchschnittene Sehnen nicht mit einander verwachsen. Bei Nervendefekten, bei denen eine Regeneration oft erst im 3. Monate beginnt, ist es rathsam, Röhren zu benutzen, bei denen die Härtung 6 bis 7 Tage gedauert hat.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

9) **A. Schmitt.** Über Bauchoperationen ohne Narkose. (Aus der Königl. chirurg. Klinik zu München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 30.)

S. bedient sich bei den Bauchoperationen ohne Narkose einer 1%igen Cocainlösung, von der ca. 3 Pravaz'sche Spritzen in der Ausdehnung des Hautschnittes verbraucht werden; üble Nach- und Nebenwirkungen des Cocains wurden niemals beobachtet. Die Mehrzahl der Fälle, in denen in dieser Weise verfahren wurde, betrafen aufs Äußerste herabgekommene Kranke, die einer Gastroenterostomie oder Gastrostomie oder einer Laparotomie wegen Darmverschluss oder eines Bauchschnittes wegen eingeklemmter Hernie etc. be-

durften. Ein Nachtheil ist es, dass die Bauchmuskeln nicht zum Erschlaffen gebracht werden können; auch bei Injektion von Cocainlösung in dieselben ließ sich das starke Pressen der Pat. nicht verhindern. Das Bauchfell wurde nie anästhesirt, war indess nur bei Dehnen und Zerren stark empfindlich; bei ausgedehnteren Verwachsungen möchte S. desshalb der Narkose den Vorzug geben, die auch bei entzündetem Peritoneum für zweckmäßiger gehalten wird. Magen und Darm sind für Schneiden, Stechen und Nähen etc. unempfindlich, während das Aufklappen derselben oft schmerzhaft ist. Auch das Abbinden des Mesenterium bei Darmresektion geht mit Schmerzgefühl einher, das des Netzes veranlasst bei Vermeiden von Zerrungen solches nicht. Die Harnblase ist nur beim Abstreifen des Bauchfelles und bei Auseinanderziehen der Blasenwunde empfindlich.

Es ergiebt sich aus Vorstehendem, dass eine absolute Schmerzlosigkeit bei der Anwendung der lokalen Anästhesie sich nicht in allen Fällen erreichen lässt; doch sind die Schmerzen und Beschwerden während der Operation ohne Narkose im Verhältnis zu den Gefahren der Allgemeinnarkose und zu deren Folgen so gering, dass man sie den Kranken zumuthen darf. Allerdings lassen sich auch bei der Lokalanästhesie Komplikationen von Seiten der Athmungsorgane nicht immer verhindern; 2 Pat. bekamen nach Gastroenterostomien eine Pneumonie, deren Eintreten freilich durch den schlechten Allgemeinzustand des betr. Kranken begünstigt wurde. Immerhin kann auch in dieser Hinsicht das etwas langsamere Operiren bei lokaler Anästhesie durch die Gefahr der Abkühlung der Baucheingeweide von nachtheiligem Einfluss sein. **Kramer** (Glogau).

---

10) **S. M. Lipawski.** Zur Frage von der Appendicitis.

Diss., St. Petersburg, 1901. (Russisch.)

10 klinische Beobachtungen mit bakteriologischer Untersuchung des Eiters und makro- und mikroskopischem Studium des Wurmfortsatzes gaben keine Anhaltspunkte zur Erklärung der Ursachen und Ausgänge; fast in allen Fällen fand man im peritonealen Exsudat die verschiedensten Mikroorganismen. Dann machte L. 30 Experimente an Kaninchen. 8 davon mit mechanischer und chemischer Reizung der Appendix zeigten, dass schwache Reize der Art nur unbedeutende entzündliche Erscheinungen hervorrufen; starke mechanische Reizung erzeugt eine Appendicitis, die aber nicht zu Perforation in die Bauchhöhle führt, da sich bindegewebige Membranen an der Serosa ablagern. 22 Versuche mit Einbringung von Streptococcus- und Bact. coli-Kulturen in die Art. appendicularis und in die Wurmfortsatzhöhle (mit Unterbindung oder Abquetschung der Wand, oder chemischer Reizung derselben in einigen Versuchen) zeigten, dass die Injektion von schwacher Kultur des Streptococcus in die Arterie keine sichtbaren Veränderungen hervorruft; doch genügte das Einführen der Streptokokkenkultur in die Wurmfortsatz-

höhle, um starke Entzündung hervorzurufen, alle Schichten der Appendix für die Bakterien durchgängig zu machen und selbst die eine oder andere Form von Peritonitis zu erzeugen. Mikroskopisch zeigte die Appendix in allen Fällen Entzündungserscheinungen; war dazu der Fortsatz noch stark verengt oder ganz unterbunden, oder waren große Mengen der Kultur eingeführt, so entstand Gangrän der Schleim- und Muskelhaut. Die Einführung von schwachen Bouillonkulturen des Bact. coli commune in die Appendix erzeugte Entzündung und Granulationsbildung von Seiten der Serosa des Fortsatzes; wurden mechanische oder chemische Reizungen noch mit der Wirkung des Bact. coli verbunden, so war die Entzündung intensiver und führte zuweilen zum Tode durch diffuse Peritonitis; doch drang durch die unverletzte Appendixwand nur der Streptococcus in die Peritonealhöhle.

So liegt wohl die Ursache der Appendicitis beim Menschen nicht nur in einer der 3 bisher angenommenen Bedingungen (Fremdkörper, Abschluss der Appendixhöhle, Stagnation von Koth und reizenden Substanzen), sondern in einer Kombination aller zusammen.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

11) **J. T. MacLagan.** The surgical treatment of typhoid fever.

(Brit. med. journ. 1901. Juni 15.)

McL. bespricht diejenigen Zustände bei Typhus abdominalis, welche einen chirurgischen Eingriff erfordern. In erster Linie steht die Perforation des Darmes. Die Aussicht, welche die Operation bietet, richtet sich nach der Art der Perforation. Es sind 2 Formen zu unterscheiden. Die eine ist charakterisirt durch eine Verschwärung sämmtlicher Schichten der Darmwand; es entsteht ein großes Loch, und die Überschwemmung der Bauchhöhle mit Darminhalt ist eine so rapide, dass ein chirurgischer Eingriff wenig Aussicht auf Erfolg bietet. Zudem sind die Kranken dann auch so stark kollabirt, dass eine Operation kaum noch in Frage kommt.

Anders verhält es sich bei den kleinen Perforationen. Das Allgemeinbefinden ist nicht so herunter, die Beschmutzung der Bauchhöhle nicht so intensiv, die Operation gestaltet sich einfacher, und dem entsprechend ist die Aussicht auf Erfolg größer, vorausgesetzt, dass frühzeitig genug eingegriffen wird. Die Diagnose hat vor Allem 3 Symptome zu berücksichtigen: Schmerz in der Bauchhöhle, welcher allerdings bisweilen bei dem benommenen Zustande der Kranken nicht deutlich ausgesprochen ist, Abnahme der abdominalen Athmung — dieselbe nimmt einen mehr thorakalen Charakter an — und Rigidität der Bauchdecken. Jedes einzelne dieser Symptome, wenn es zu Ende der dritten Typhuswoche auftritt, ist verdächtig, das Zusammentreffen aller drei erhebt die Diagnose zur Gewissheit. Sofortige Laparotomie ist dringend indicirt; bestehen Zweifel, so ist

der Probeschnitt vorzunehmen, der nicht viel verderben, wohl aber viel Unheil verhüten kann.

Noch in einer Kategorie von Typhusfällen hält McL. die chirurgische Therapie für indicirt und aussichtsreich, wenn nämlich nach Abstoßung der Schorfe eine Stauung im Darmkanal auftritt. Der Kranke ist stark benommen; es besteht hohes Fieber, der Puls ist klein und frequent, der Leib stark aufgetrieben, es gehen nur kleine Quantitäten eines flüssigen, höchst übelriechenden Stuhles ab. Der Kranke geht zu Grunde an septischer Infektion in Folge von Resorption des stagnirenden Darminhalts und durch Behinderung der Athmung in Folge des Druckes, welchen das stark ausgedehnte Colon auf das Zwerchfell ausübt. Einführung eines Darmrohrs nützt nicht viel, da der Sitz der Stagnation nicht erreicht wird. McL. räth in solchen Fällen einen künstlichen After am Blinddarm anzulegen, da die Hauptaufgabe nunmehr darin zu suchen ist, das septische Material zu entfernen. Persönliche Erfahrungen über den Eingriff stehen dem Verf. nicht zu Gebote. Seine Beobachtungen am Krankenbett haben ihn veranlasst, besagten Vorschlag zu machen.

Weiss (Düsseldorf).

---

12) **M. Stevens.** The spontaneous cure of hydatid cysts.
(Brit. med. journ. 1901. Mai 11.)

Im Anschlusse an die Ergebnisse einer Sektion, bei welcher in der Leber 2 abgestorbene Echinokokkensäcke gefunden wurden — der eine der Säcke war mit einer kittähnlichen Masse ausgefüllt, in welcher nur spärliche Scolices nachweisbar waren, in dem zweiten waren daneben noch eine gelatinöse Flüssigkeit so wie Reste der geschichteten Cuticula vorhanden —, bespricht S. die Ursachen, welche zur Spontanheilung führen können. Von den in Frage kommenden Verhältnissen: 1) primäres Absterben des Parasiten; 2) Eindringen von Galle in den Cystensack; 3) Resorption der Cystenflüssigkeit; 4) abnorme Wachsthumsvorgänge seitens der Tochterblasen; 5) Veränderungen der umgebenden Kapsel, glaubt S., dass in den meisten Fällen Veränderungen in dem umliegenden Gewebe für den Tod der Blase verantwortlich zu machen sind. Das Gewebe wird sklerotisch; dadurch wird die Blutzufuhr behindert, zum Theil auch abgeschnitten, und die Folge davon ist die Unterernährung der Cyste. Als Vergleich zieht S. die Vorgänge heran, welche bei der Verkäsung des Tuberkels eine Rolle spielen.

Die Gründe, welche S. für seine Ansicht vorbringt sind folgende:

1) Abgestorbene Echinococcuscysten haben ihren Sitz meist an der Peripherie der Organe, wo die Blutcirkulation nicht so intensiv ist.

2) In vielen Fällen finden sich keinerlei Anzeichen, dass die Cyste sich verkleinert hat.

3) Bei Echinococcuscysten der Lunge findet sich die Cyste meist im Degenerationsstadium, wenn die umgebende Kapsel dick und derb ist.

4) Bei kleinen degenerirten Lungencysten zeigt, wenn die Kapsel nicht abnorm dick ist, das Lungengewebe eine beträchtliche Verdickung.

In dem vorliegenden Falle war die Leber deutlich cirrhotisch.

Weiss (Düsseldorf).

---

13) **O. Ehrhardt.** Über Gallenresorption und Giftigkeit der Galle im Peritoneum.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIV. Hft. 2.)

Verf. war bestrebt zu untersuchen, ob die Anwesenheit größerer Gallenergüsse in der Bauchhöhle von Thieren unschuldig ist, wie dies einige Autoren, zuletzt noch Bostroem, behaupteten, ferner ob event. schädliche Wirkungen sich durch irgend welche Maßnahmen verringern oder beseitigen ließen.

Wenn er durch geeignete Eingriffe eine dauernde Ergießung von Galle in die Bauchhöhle hervorrief, erholten sich die Thiere zuerst von der Operation, bald wurden sie aber immer mehr ikterisch und starben nach 2 bis 6 Tagen. Der Symptomenkomplex, unter dem sie zu Grunde gingen, war dem Bilde des Icterus gravis verwandt.

In der Bauchhöhle war bei der Sektion nur wenig Galle zu finden, dagegen waren die Organe allgemein ikterisch. Das Bauchfell zeigte keine Entzündung, sondern war spiegelnd glatt. Die gallenhaltige Flüssigkeit im Bauchfellraum war steril. Es erscheint also als höchst zweifelhaft, dass die Galle eine chemische Peritonitis hervorzurufen im Stande ist. Der Ikterus war verursacht durch Überschwemmung des Blutes mit Galle vom Ductus thoracicus aus, so dass eine echte Cholämie bestand.

In einer weiteren Versuchsreihe suchte Verf. die Resorption der Galle zu hindern. Er erreichte dies dadurch, dass er das Bauchfell mit schwach virulenten oder abgetödteten Bakterienkulturen inficirte. Eine so hervorgerufene milde Bauchfellentzündung hemmt in der That die Aufsaugung der Galle, und speciell in 2 Versuchen konnte Verf. nachweisen, wie die Gallenresorption auf diese Art vermindert, die Ansammlung galliger Flüssigkeit in der Bauchhöhle vermehrt war und wie durch peritonitische Verklebungen die künstlich hervorgerufene Trennung der Wandung der Gallenwege verklebt und durch adhärente Darmschlingen geschlossen war.

Diese Versuche legen es nahe anzunehmen, dass auch die beim Menschen beobachteten Fälle von Verletzung der Gallenwege auf ähnliche Weise verlaufen, dass in den Fällen von Heilung ebenfalls leichte bakteritische Infektionen bestanden, welche eine ausgedehntere Resorption verhüteten. Jedenfalls sprechen die Versuche L.'s dafür, dass ein aktives Verfahren bei Kontinuitätstrennungen der Gallenwege durchaus berechtigt und rathsam ist. Denn auf die Naturheilung durch eine leichte Peritonitis und Verklebung des Risses in den gallenführenden Gängen kann man nicht mit absoluter Sicherheit rechnen. Bei vielen Fällen kommt es nicht zu diesen Heilungs-

vorgängen; darum erfordern einschlägige Fälle entweder die Naht des Risses oder doch mindestens eine Ableitung der Galle nach außen. Ein frühzeitiger Eingriff bald nach dem Trauma bietet die besten Aussichten. In späterer Zeit ist besonders die Auffindung der Riss-Stelle oft sehr erschwert. Trotzdem ist auch eine späte Laparotomie der Behandlung mit mehrfachen Punktionen überlegen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

14) **Riedel.** Über die Gallensteine. Säkularartikel.

(Berliner klin. Wochenschrift 1901. No. 1—3.)

R. leitet seine so inhaltsvolle und interessante Besprechung ein mit einem historischen Rückblick über das, was das letzte Jahrhundert zu unserer Kenntnis des Gallensteinleidens beigetragen hat. Schon zu Ende des vorletzten Jahrhunderts konnte Sömmering 213 Autoren citiren, die über Gallensteine geschrieben hatten. Dass bei der Bildung von Gallensteinen die Infektion eine große Rolle spielt, erscheint zweifellos; das allein aber reicht nicht aus, um die Gallensteinkoliken zu erklären. Gallensteine können Zeit Lebens in der Gallenblase ruhig liegen bleiben ohne Symptome zu machen, eine Gefahr bilden sie dadurch, dass sie zu Carcinombildung Anlass geben. Unter 5—600 Gallensteinkranken R.'s finden sich 43 Krebsfälle. Stellt sich ein größerer Stein in den Blasenhals ein, so wird der Ductus cysticus verlegt und es entsteht ein Hydrops vesicae felleae, oder aber es kommt zur Schleim- und Eiterbildung in der Gallenblase. Auch dieser Hydrops kann sich viele Jahre durchaus ruhig verhalten und ganz symptomlos bleiben, bis plötzlich ein akuter Schub unter den bekannten Erscheinungen der Gallensteinkolik einsetzt. Die Ursache dieser Entzündung kann ein Trauma sein. Durch Wiederholung solcher akuter Entzündungen wird zuweilen die Perforation der Steine in Nachbarorgane vorbereitet. Ikterus tritt bei solchen Gallensteinkoliken in 10—15% auf. R. nennt denselben den »entzündlichen« im Gegensatze zum reell-lithogenen Ikterus und erklärt seine Entstehung dadurch, dass sich eine Schleimhautschwellung von der entzündeten Gallenblase auf das gesammte Gallengangsystem fortsetzt. Ist der Kolikanfall erfolgreich, wird der Stein durch den Ductus cysticus in den Ductus choledochus getrieben, so ändert sich mit einem Schlage das Bild: aus dem mehr oder weniger harmlosen Lokalleiden ist ein Allgemeinleiden geworden, es tritt Stauungsikterus auf. Für gewöhnlich bleibt nach dem ersten erfolgreichen Anfalle eine zusammengeschrumpfte Gallenblase zurück, die in offener Kommunikation mit dem Ductus choledochus steht, also Galle enthält. Bald lässt der Krampf des den Stein umklammernden Choledochus nach, die Galle fließt am Stein vorbei, der Ikterus verschwindet. Die Gefahr der Infektion scheint nur dann gering zu sein, wenn die Steine, welche die Papille passiren, ganz klein sind; sie können auf einmal oder in mehreren Anfällen durch die Gallenwege getrieben werden, bis sie nach wenigen Tagen im Stuhl er-

scheinen; dieses ist der alte typische Anfall, zugleich der günstigste Ausgang.

Dem Praktiker giebt R. folgende Weisung: Zeigen sich nach einem Anfalle mit Ikterus kleine Steine im Stuhl, so braucht nicht operirt zu werden; folgen aber hernach mehrere erfolglose Anfälle, so ist die Operation in Betracht zu ziehen, weil sich neben kleinen auch größere Steine vorfinden werden. Es muss operirt werden, wenn nach vielen erfolglosen Anfällen der Stein im Choledochus stecken bleibt; nur wenn nach wiederholten Anfällen selbst größere Steine im Stuhl erscheinen, kann man sich zunächst abwartend verhalten; denn wenn ein größerer Stein die Papille passirt hat, können auch weitere folgen, ganz abgesehen davon, dass jener der einzig existirende resp. der letzte ausgeworfene sein kann. Stellen sich dann aber wieder erfolglose Anfälle ein, so ist die Operation angezeigt. Ein erfolgloser Anfall ohne Ikterus ist Grund zum Operiren; man soll nicht abwarten, bis es so weit kommt, dass nach vielen vergeblichen Anfällen ein Stein in die Tiefe getrieben wird; wir sollen ihn, so lange er noch relativ harmlos, noch möglichst frei von Infektion ist, eliminiren, und da wir mit keinem anderen Mittel sicher auf ihn einwirken können, sollen wir operiren. Wenn diese frühzeitige Indikationsstellung allgemein durchdringt, würden die unrettbaren Fälle beim Gallensteinleiden eben so selten werden, wie heut zu Tage durch präcise und rechtzeitige Indikationsstellung die brandigen Brüche selten geworden sind. **Schulz** (Barmen).

---

15) **M. Robson.** An adress on pancreatitis.
(Brit. med. journ. 1901. Mai 11.)

R. betont, dass entzündliche Vorgänge im Pankreas häufiger vorkommen, als allgemein angenommen wird, dass dieselben vielfach aber der Diagnose noch nicht zugänglich sind. Die Bedingungen für Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse sind die nämlichen wie für diejenigen der Gallenwege. Bei letzeren ist eine Infektion vom Duodenum aus häufiger zu beobachten, und es ist nicht recht ersichtlich, wesshalb das Pankreas von der Invasion der Infektionserreger verschont bleiben sollte. Es kommen 3 Wege in Betracht, auf welchen die Infektion statthaben kann. 1) Direktes Übergreifen eines entzündlichen Processes auf das Pankreas von der Umgebung her, wie bei Krebs und Geschwür des Magens und des Duodenum. 2) Zufuhr der Infektionsstoffe auf dem Wege der Blutbahn. 3) Infektion des Drüsengewebes vom Ausführungsgange aus. R. hält das letztere Vorkommnis für das häufigste. Ätiologisch kommen neben dem Trauma, welches häufiger eine sogenannte hämorrhagische Pankreatitis im Gefolge hat — Misshandlung des Organs gelegentlich vom Laparotomiren spielt dabei auch eine Rolle —, hauptsächlich Cholelithiasis in Betracht, namentlich in solchen Fällen, bei welchen der Ductus choledochus durch Steine verschlossen ist. Es gelingt dann

an der Leiche häufig, auch Eiter aus dem Ausführungsgang des Pankreas auszudrücken.

Unter den Symptomen der Pankreaserkrankungen hebt R. besonders die Neigung zu Blutungen hervor. Vielfach findet sich damit vergesellschaftet ein starker Ikterus, verursacht durch Choledochusverschluss in Folge von Druck seitens des Pankreas. R. hat die Erfahrung gemacht, dass die Neigung zu Blutungen bei Gallensteinikterus lange nicht so ausgesprochen ist, wie bei Ikterus, welcher sich auf Grund einer Pankreaserkrankung entwickelt. Einen Kranken, welcher an Krebs des Pankreaskopfes litt, und bei welchem wegen der Cholämie die Cholecystostomie ausgeführt wurde, verlor R. an retroperitonealer Blutung. Bei einem anderen solchen Falle trat eine tödliche Blutung aus dem Innern der Gallenblase und den Stichkanälen auf. R. lässt seinen Pat. 1—2 Tage vor der Operation 2—4 g Calciumchlorid 3mal täglich per Klysma verabfolgen, eben so noch 2 Tage nach der Operation 3mal täglich je 4 g.

Die Ursache der Blutungen ist noch nicht klar. Ob vielleicht der Resorption des bei der Fettnekrose abgeschaltenen Glycerins eine Rolle zukommt, will R. dahingestellt sein lassen. Cammidge, welcher auf Veranlassung von R. Untersuchungen bez. dieses Punktes anstellte, fand, wenn nach dem Kochen des Urins mit irgend einem oxydirenden Agens die Phenylhydracinprobe angestellt wurde, eine sehr große Anzahl gelber Nadeln, welche in Scheiben- oder Rosettenform angeordnet waren. Harn, welcher vorher nicht behandelt worden war, Urin von Gesunden oder namentlich auch solchen Kranken, welche an einfachem katarrhalischem Ikterus litten, zeigte die Reaktion nicht. Die Zahl der Untersuchungen ist indessen noch so klein, dass dieselben für die Diagnose noch nicht verwerthbar erscheinen.

Was die Behandlung angeht, so fällt dieselbe bei akuten Fällen mit der Behandlung der Peritonitis zusammen. In erster Linie handelt es sich darum, den Collaps zu bekämpfen. Dann muss das septische Material so früh wie möglich entleert werden, sei es von einem Laparotomieschnitte aus oberhalb des Nabels oder von hinten durch den linken Angulus costo-vertebralis. R. empfiehlt, von einem kleinen vorderen Schnitte aus die Verhältnisse klarzustellen und dann die eigentliche Ausräumung und Drainage von hinten her zu bewerkstelligen.

In den subakuten Fällen ist die Zeit zum Handeln nicht so eng begrenzt. Der Meteorismus ist zu bekämpfen durch Magenspülungen, Terpentinklystiere und kleine Dosen von Kalomel; treten dann Durchfälle auf, so giebt R. Salol, Wismuth mit kleinen Dosen von Opium. Drängt das Befinden des Kranken zu chirurgischem Eingreifen, so verfährt R. wie in den akuten Fällen. Nur einmal hat er vom vorderen Schnitt aus drainirt; der Kranke ging zu Grunde. Bei einem Kranken, bei welchem es in Folge eines Magengeschwürs zu einem Abscess im Pankreas gekommen war, führte

R. die Gastroenterostomia post. aus. Der Kranke genas. Im Ganzen hat R. 5 solcher Fälle operirt, von denen 3 durchkamen.

Die chronische Pankreatitis hat ihren Grund meistentheils in einer Cholelithiasis. Die Art des Eingriffes richtet sich nach den vorgefundenen Verhältnissen. Im Allgemeinen bevorzugt R. die Cholecystostomie, wobei die Drainage der Gallenblase so lange fortzusetzen ist, bis die Galle ein normales Aussehen hat und zum größten Theil ihren normalen Weg nimmt. Mit der Cholecystenterostomie hat R. einen Misserfolg zu beklagen. Nach anfänglicher Besserung ging der Kranke 3 Monate nach der Operation zu Grunde. Die Wirkung der Drainage der Gallenblase ist nach R. so zu erklären, dass der Druck auf den Ausführungsgang des Pankreas aufhört und dieser dadurch indirekt drainirt wird. Steine im Ausführungsgang werden vom Duodenum aus, dessen vordere Wand incidirt wird, entfernt; haben dieselben ihren Sitz mehr in der Substanz der Drüse, so dringt R. auf dieselbe vor und entfernt sie mittels Incision.

Im Ganzen hat R. 22 solcher Fälle behandelt. Einer ging im Anschlusse an die Operation zu Grunde, 2 starben einige Monate später. Die übrigen wurden geheilt.

R. erläutert seine Ansichten durch die Mittheilungen einschlägiger Krankengeschichten, deren Einzelheiten anzuführen, hier zu weit führen würde.

Weiss (Düsseldorf).

Kleinere Mittheilungen.

(Krankenhaus S. Andrea in Massa Marittima, Italien.)

Fernere Ergebnisse der beiderseitigen Resektion des Halssympathicus bei 9 Kranken mit gewöhnlicher Epilepsie.

Von

Dr. **Carlo Mariani,** Oberarzt.

Im Oktober des Jahres 1899 theilte ich auf dem Kongresse der Italienischen Gesellschaft für Chirurgie in Rom eine präventive Anmerkung über die doppelseitige Resektion des Halssympathicus bei 8 Kranken von Epilepsia vulgaris mit. Dieselben waren jedoch nur operirt: der eine seit 7 Monaten, die anderen seit $6^1/_2$, 5, $4^1/_2$ Monaten und der letzte seit 20 Tagen.

Da die Operation erst kürzlich gemacht war, konnte ich nicht zu einem gründlichen Schlusse kommen, obwohl meine Patt. in der oben genannten Zeit alle mehr oder weniger epileptische Anfälle gehabt hatten. Ich musste abwarten, welche genaue Entscheidungen über die Wirksamkeit der bezeichneten Kur die weitere Beobachtung gebe. Zunächst operirte ich noch einen anderen Epileptiker; seitdem aber verweigerte ich diese Behandlung allen, die mich darum baten. Jetzt ist nun genug Zeit vorüber gegangen, um ein bestimmtes Urtheil über den Zustand solcher Kranken zu gestatten, und ich werde darüber berichten.

Von den 9 Patt. sind 7 vor mehr als 2 Jahren operirt worden, die anderen 2 vor fast 2 Jahren, alle zwischen April und November 1899. Ich behandelte so nur ganz entschiedene Fälle von Epilepsia vulgaris, verweigerte die Operation dagegen Allen, die erst seit kurzer Zeit erkrankt waren und Solchen, bei welchen mir

die Diagnose nicht sicher erschien, um so ein möglichst sicheres Resultat des Eingriffes zu erzielen.

Da alle Krankengeschichten, außer der letzten, schon weitläufig von mir publicirt sind (Clinica chirurgica 1900 No. 1 u. 2 — Atti del 14. Congresso Italiano in Roma), werde ich hier nur von den Ergebnissen sprechen.

Von den 9 Patt. ist nicht einer von seiner Epilepsie befreit worden, obwohl bei den meisten Operirten in den ersten Monaten die Anfälle an Häufigkeit nachgelassen hatten; denn später erfolgten diese wieder in alter Heftigkeit und Häufigkeit. 2 der Operirten waren Idioten; ihr Verstand erlitt nach der Operation nicht die geringste Veränderung.

Die Patt. leben alle, außer einem 12jährigen Kinde, welches 16 Monate nach der Operation in einem epileptischen Anfalle starb. Bei keinem traten nach der Operation Störungen oder Veränderungen in den Funktionen des Organismus, bei keinem Atrophie in den Gesichtsweichtheilen ein; nur eine leichte Senkung des Augapfels trat zu Tage. Die Heiserkeit, die bei 3—4 Fällen einige Tage nach der Operation eintrat, verschwand vollständig. Die Sehkraft blieb eben so wie vor der Operation, und nach einer genauen Untersuchung des Augeninnern wie nach Messung der Sehfunktionen von 4 dieser Operirten, die eine Autorität in diesem Fache ausführte, fand sich nicht die geringste Veränderung. Von den 9 Operirten waren 8 männlichen, 1 weiblichen Geschlechts. Der Älteste war 45, der Jüngste 5 Jahre alt; Letzterer hielt die doppelseitige Operation mit der größten Standhaftigkeit aus.

Ich habe stets in Chloroformnarkose operirt und dabei den Musc. sterno-cleidomastoideus nach außen, die großen Gefäße nach innen und vorn gezogen. Immer habe ich den ganzen Halssympathicus auf beiden Seiten in derselben Sitzung ohne Schwierigkeit entfernt. Das Ganglion superius wurde mit einer Kocher'schen Pincette abgerissen; die seitwärts befindlichen Äste wurden mit der Schere abgeschnitten; mit solcher wurde auch das Ganglion cervicale inferius und womöglich noch ein tieferes Stück des Nerven entfernt. Manchmal allerdings ließ sich das Ganglion inferius nicht erreichen und blieb dann zurück.

Nur einmal wurde der Eingriff komplicirt durch Zerreißung der V. jugularis int.; diese wurde aber sogleich unterbunden, und es folgte weiter keine Störung.

So darf ich denn als Schluss meiner persönlichen Erfahrungen sagen, dass die Resektion des Halssympathicus für die Behandlung der Epilepsia vulgaris eine unnütze Operation ist. Andere Fälle, die in Italien von Postempski und Schiassi operirt wurden, so wie Braun's Fälle, welche auf dem letzten deutschen Chirurgenkongress vorgestellt wurden, bestätigen meinen Schluss.

---

16) **A. Hoepfl.** Chirurgische Mittheilungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 29.)

1) Solitärer Leberabscess bei 36jähriger Frau, durch Punktion mit nachfolgender Drainage 6 Tage nach der Laparotomie entleert. — Heilung.

2) Blasen-Scheidenfisteloperation: Unterstützung der Heilung durch Bauchlage.

3) Netzcyste eines 3jährigen Kindes — Heilung durch Laparotomie. Die Cyste war mannskopfgroß und mit schleimiger, braun-schwärzlicher Flüssigkeit gefüllt.

4) Impermeable Ösophagusstriktur bei 4jährigem Kinde. — Heilung durch Gastrostomie und Sondirung ohne Ende. **Kramer** (Glogau).

17) **G. Mazzoni.** Resoconto statistico-clinico della sezione chirurgico-ginecologica dell' arcispedale femminile del SS. Salvatore al Laterano. (Giugno 1891—Giugno 1899.)

Rom, **Bertero e Co.,** 1901. 448 S. u. 1 Taf.

M. giebt in dem vorliegenden Buche einen Rückblick über seine operative Thätigkeit in dem besagten Zeitraume von 8 Jahren. Als er im Jahre 1891 die

ärztliche Leitung in dem oben bezeichneten Hospital übernahm, musste er sich die chirurgische Abtheilung gewissermaßen erst selbst schaffen, da operative Eingriffe früher zur Ausnahme gehörten und sonach auch die nothwendigen Räume und Hilfsmittel fehlten. Nach 8jähriger Arbeit konnte er nun auf eine reiche Ernte blicken. M. referirt über 1803 Operationen. Das Material ist in dem Berichte nach den einzelnen Organsystemen geordnet. Jedem dieser Kapitel ist eine Tabelle vorangesetzt, welche über die Krankheit, die Art des chirurgischen Eingriffes und den Endausgang referirt. Hieran schließen sich die näheren Krankenberichte und Besprechungen. Aus der Fülle des Materials sei nur einiges Wenige herausgegriffen. So hat M. 5 Fälle von tuberkulösen Darmstrikturen operirt. Hierfür räth er, die erkrankten Darmabschnitte mittels Enteroanastomose auszuschalten; es sei denn, dass die Verhältnisse für die Resektion besonders günstig liegen. Er bedient sich dabei der Darmnaht, die er dem Murphyknopfe vorzieht, und die auch nicht viel mehr Zeit beanspruche, als letzterer. 2mal führte er die Plastik nach Heineke an der Strikturstelle aus. — Aus dem Kapitel der Leberchirurgie seien 16 Abscessbildungen, meist Folgen dysenterischer Erkrankungen, erwähnt, die 10mal transpleural (5 Todesfälle) und 6mal transperitoneal (6 Heilungen) angegriffen wurden. Bemerkenswerth ist folgender Fall: Endometritis und Perimetritis gonorrhoica mit Fistelbildung zum Mastdarme, dadurch Enterocolitis ascendens und in Folge davon multiple Leberabscesse mit Durchbruch in Pleura und Lungen. — Von tuberkulösen Peritonitiden hat M. 128 Fälle operirt (Laparotomie und Trockentupfen der Bauchhöhle) mit durchweg guten Resultaten. — In der Nierenchirurgie vertritt er im Großen und Ganzen dieselben Anschauungen, wie er sie schon früher mittheilte (cf. Centralblatt für Chirurgie Bd. XXI p. 1134). Nephropexis hat M. 26mal nach seiner eigenen Methode ausgeführt (Freilegung der Niere von hinten, Bildung von 2 Lappen aus der Capsula fibrosa in Form eines ⌶, die nach außen geschlagen werden, und Vernähung derselben mit der tiefen Lumbalfascie). Er ist mit den Dauerresultaten zufrieden. Für die Nierentuberkulose kommt als Radikaloperation die Nephrektomie, in den seltensten Fällen die Nierenresektion in Betracht. Dabei scheint es zur Heilung nicht nothwendig zu sein, den ganzen kranken Harnleiter zu entfernen. Behufs Prüfung der Funktion der anderen Niere räth er vom Harnleiterkatheterismus wegen der Inficirungsgefahr ab. — 1mal entleerte er einen pararenalen Abscess transpleural, um später durch die Nephrotomie die Konkremente zu entfernen. Heilung. — Ein anderes Mal war die alleinige (linke) Niere gewandert und hydronephrotisch, in Folge von Steineinklemmung. Nephropexie. — Nephrotomie und Extraktion des Konkrementes aus dem Harnleiter durch das Nierenbecken. Heilung. — Es seien noch eine große Blutcyste, ein Echinococcus des Mesenterium, ein Blasenwurm an der Beckenschaufel mit Durchtritt unter dem Poupart'schen Bande erwähnt. — Alles in Allem bietet das Buch eine reiche Kasuistik und manche lehrreiche Erörterungen. **A. Most** (Breslau).

18) **B. K. Finkelstein.** Zur Frage von der Lymphdrüsentuberkulose.
(Wratsch 1901. No. 22.)

Analyse von 456 Fällen aus dem Obuchowspitale 1891—1900. 329 Patt. standen im Alter von 10—20 Jahren. Kombination von Lymphdrüsentuberkulose mit Knochen- oder Gelenkstuberkulose war selten, mit Lungentuberkulose 51mal, mit Skorbut 7mal (diese Patt. müssen wegen der Möglichkeit starker Blutung bei der Operation erst gekräftigt werden). Von 329 Fällen von Tuberkulose der Halsdrüsen wurden 223 nicht exstirpirt, 172 exstirpirt. Fälle mit kleinen, nicht vereiterten Drüsen werden mit heißen Umschlägen behandelt. Von 197 Fällen mit periglandulärer Entzündung hatten 90 schon Fisteln; in den 107 Fällen, wo die Drüsen noch nicht aufgebrochen waren, wurde 2mal mit Erfolg punktirt, 105mal incidirt und ausgekratzt. Injektionen von Arg. nitr., Chlorzink und Arsen blieben erfolglos. Die Exstirpation wurde bei 201 Patt. gemacht, 172 am Halse, 16 in der Achsel, 12 in der Leistengegend, 1 am Ellbogen; es wurden 250 Geschwülste entfernt. Dazu noch 16 Recidivoperationen. 11 Operirte starben, davon nur einer

an der Operation selbst (Chok mit Glottisödem). 1mal entstand nach Entfernung der Leistendrüsen Ödem der Beine und der Vorhaut in Folge Affektion der Beckendrüsen. Später sah F. bei 43 Recidive und nur bei 9 gute dauernde Heilung; die meisten Patt. wurden übrigens nicht weiter untersucht.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

19) **A. Brabec.** Über abweichendes Auftreten der Aktinomykose beim Menschen.

(Vorgetragen auf dem III. Kongresse tschechischer Naturforscher u. Ärzte in Prag. 25.—29. Mai 1901.)

Es handelte sich um eine scharf begrenzte, bewegliche Bauchgeschwulst mit gesunden Bauchdecken. Die Diagnose lautete auf Neubildung oder abgekapselten Abscess nach Appendicitis. Bei der Operation fand man eine Geschwulst des großen Netzes, die mit dem vorderen Peritoneum parietale und dem Colon transversum verwachsen war, und an deren unterem Pole der normale Wurmfortsatz fixirt war. Die Geschwulst besaß eine $1^1/_2$—2 cm dicke Kapsel, bestand aus Bindegewebe und enthielt Kavernen mit glasig-schleimigem Inhalte ohne Körner. Nach Weigert'scher Färbung fand man typische Aktinomykose.

G. Mühlstein (Prag).

20) **J. Schöbl.** Kombinirte oder polymorphe Geschwülste besonderer, bisher nicht beobachteter Art.

(Vorgetragen auf dem III. Kongresse tschechischer Naturforscher u. Ärzte in Prag. 25.—29. Mai 1901.)

Unter seinen kombinirten Geschwülsten versteht der Autor nicht solche Geschwülste, wie man sie in Hoden, Ovarien, Nieren und verschiedenen Drüsen findet, oder Teratome, sondern solche, welche als selbständige histoide Geschwülste im Sinne Virchow's entstehen und bei ihrer weiteren heteroplastischen Ausbreitung von Gewebe zu Gewebe ihren Charakter nach der Beschaffenheit des Gewebes, in das sie gerade eindringen, ändern. Es ist sehr wahrscheinlich, dass das Nachbargewebe durch dasselbe bis jetzt noch unbekannte Agens zur atypischen Wucherung veranlasst wird, durch welches die Wucherung jenes Gewebes entstanden ist, von dem die Geschwulst ihren Ausgang genommen hat. S.'s Beobachtungen stehen im Gegensatze zu der allgemein gültigen Ansicht, dass die Ausbreitung der histoiden Geschwülste und das Wachsthum der Metastasen selbständig und ohne Mitbetheiligung des Parenchyms, in das sie eindringen, erfolgt. Von den mehrfachen Beobachtungen des Autors wird folgender Fall als Beispiel angeführt. Es handelte sich um einen 5jährigen Knaben, bei dem der Autor eine kindskopfgroße, exophthalmische Geschwulst entfernt hatte. Dieselbe war als Gliom von der Retina ausgegangen; die Sclera war von den Geschwulstzellen nicht bloß zerfasert, sondern auch zur atypischen Wucherung angeregt worden, so dass sie fibromatöse Massen bildete. In dem umgebenden Bindegewebe nahmen die Geschwulstzellen sarkomatösen Charakter an, und in der Peripherie der Geschwulst fanden sich gewucherte glatte Muskelfasern und Gefäße; schließlich war die Geschwulst mit Epithel und Pseudopapillen überzogen; das Epithel wucherte stellenweise keilförmig in die sarkomatösen Massen hinein. Die Geschwulst stellt also ein Glio-fibro-sarco-myo-angio-carcinoma papilliferum dar.

G. Mühlstein (Prag).

21) **W. P. Serenin.** Über multiple symmetrische Lipome.

(Medicinskoje Obosrenje 1901. Januar. [Russisch.])

S. sah während der letzten 5—6 Jahre etwa 10 Fälle. 3 davon werden beschrieben wegen ihres Interesses in ätiologischer Hinsicht. Beim 1. Pat. litten Mutter und 2 Brüder an derselben Krankheit; der jüngere Bruder — ein Schreiber — ist nervös, die Geschwülste sind besonders groß am rechten Ellbogen, der beim



Schreiben besonders gereizt wird. Pat. selbst ist Militär; die größten Geschwülste befinden sich an beiden Oberschenkeln genau dort, wo die Taschen der Hosen und der Degen getragen werden. Der 2. Pat. — ein Bildhauer — ist sehr fettleibig; die meisten Geschwülste sitzen am Bauche, der leicht gestoßen werden kann — also auch traumatische Momente; die Geschwülste traten nach Abdominaltyphus auf. — Die 3. Pat. ist eine Kinderwärterin; die meisten Lipome sitzen an den oberen Extremitäten, die beim Tragen der Kinder am meisten traumatisch beeinflusst wurden. Auch hier ging Unterleibstyphus voran; außerdem fiel Pat. bald darauf in kaltes Wasser.

Die 3 Fälle beweisen somit die Wichtigkeit der Heredität und der trophischen Alterationen in der Pathogenese der lipomatösen Diathese.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

22) W. Kopfstein. Cancroid in einer epidermalen Cyste.

(Vorgetragen auf dem III. Kongresse tschechischer Naturforscher u. Ärzte in Prag. 25.—29. Mai 1901.)

Ein 58jähriger Mann war als 10jähriger Knabe von einem Dache herabgestürzt und hatte ein Trauma des Kreuzbeines erlitten; hier war nach einigen Monaten eine kleine Geschwulst entstanden, die im Verlaufe von 20 Jahren zur Faustgröße heranwuchs. Nach 48 Jahren begann sie rasch zu wachsen. Status: Eine kindskopfgroße Geschwulst in der Sacralgegend, von normaler Haut bedeckt, fluktuirend. Operation am 10. November 1900. Incision in der Mittellinie, Resektion des Sackes, Auskratzung der mit dem Kreuzbeine verwachsenen Partie. Heilung. Makroskopisch war nichts Verdächtiges zu konstatiren. Der Sack ist 1 cm dick, glatt, glänzend; den Inhalt bildet ein gelblicher Brei, aus Epithelien und Detritus bestehend, ohne Haare und Zähne. Mikroskopisch bestand die Wand aus einem mehrschichtigen Epithel, unterhalb dessen die eigentliche, wenig vaskularisirte Kapsel lag. Drüsen und Haare fehlten; an einer Stelle fand sich carcinomatöse Degeneration mit zahlreichen Perlkugeln. Es handelte sich demnach um eine epidermale Cyste post trauma. Die Entstehung ist so zu erklären, dass gelegentlich des Traumas ein Epidermisfragment ins subkutane Gewebe verpflanzt wurde und dass sich aus dem Fragmente eine Dermoidcyste entwickelte (Grosse und Reverdin). Autor fand nur 3 ähnliche Fälle in der Litteratur, und zwar von Franke (2) und Wolff (1).

G. Mühlstein (Prag).

23) M. Blumberg. Beobachtungen bei der Behandlung von Puerperalfiebererkrankungen mit Marmorek'schem Antistreptokokkenserum.

(Berliner klin. Wochenschrift 1901. No. 5 u. 6.)

In der Leipziger Gebärklinik wurden mit dem Marmorek'schen Antistreptokokkenserum folgende Erfahrungen gemacht: Bei einem Falle einer Infektion mit anaëroben Diplokokken war, obwohl Pat. gesundete, kein Erfolg zu verzeichnen. Von 4 Patt. mit einer Streptokokkenmischinfektion wurden gründlich nur 3 behandelt; 2 starben, bei der dritten fiel die Temperatur gleich nach der Injektion. 2 Patt., bei denen die Lochien steril waren, wurden geheilt, eben so 2 mit reiner Streptokokkeninfektion; bei der einen fiel die Temperatur jedes Mal nach der Injektion und stieg bei Aussetzung des Serums wieder an. 3 Patt., deren Lochialsekret nicht untersucht war, wurden gesund. Es ist danach immerhin eine günstige Wirkung des Marmorek'schen Antistreptokokkenserums bei der Streptokokkeninfektion der Wöchnerinnen möglich. Als Nebenwirkungen der Infektion ist zuerst eine lokale Hautaffektion zu verzeichnen, welche nach Art eines Erysipels, jedoch ohne Fieber verläuft. Auch ein universelles, binnen 24 Stunden wieder verschwundenes Exanthem wurde beobachtet, eben so eine Urticaria. Das Lokalexanthem lässt sich dadurch vermeiden, dass man die Injektion nicht perkutan, sondern subkutan macht. Eiweißausscheidung wurde nach den Injektionen nicht beobachtet.

Schulz (Barmen).

24) **Strauwen.** Noma guéri par injections de sérum antidiphthérique.
(Soc. méd.-chir. du Brabant 1901. Juni 25.)

Verf. erzielte bei einem schweren, rasch fortschreitenden Falle von Noma bei einem Kinde nach Diphtherieserumeinspritzung rasche Besserung und nach mehrfacher Wiederholung der Einspritzungen völlige Heilung. **Mohr** (Bielefeld).

25) **D. Mc Kenzie.** Suprarenal gland extract in the epistaxis of haemophilia.
(Brit. med. journ. 1901. April 27.)

Bei einem 13jährigen Jungen, welcher in Folge von Hämophilie an lang andauerndem Nasenbluten litt — die Blutung bestand schon 18 Tage und konnte durch Tamponade der Nase nur mühsam in Schach gehalten werden; so wie die Tamponade aufhörte, fing die Blutung von Neuem an — machte Mc K. schließlich einen Versuch mit Nebennierensubstanz. 3 der im Handel käuflichen Tabletten zu je 0,3 g wurden zu Pulver zerstampft und mit ca. 100 g Wasser versetzt. Nach Absetzen der festen Bestandtheile wurde ein mit der klaren Flüssigkeit getränkter Wattebausch locker in die Nase hineingestopft. Die Blutung stand sofort. Nach einigen Stunden wiederholte sich dieselbe, jedoch in geringem Grade. Nach Wiederholung der Applikation des Nebennierenextraktes stand die Blutung endgültig. **Weiss** (Düsseldorf).

26) **P. Francesco.** Sur l'anesthésie medullaire.
(Rivista Veneta 1901. Februar 28.)

Bericht über 52 mit Cocainisirung des Rückenmarkes operirte Fälle, bei welchen genaue Urinuntersuchungen vorgenommen wurden. Der Urin blieb in sämmtlichen Fällen nach der Operation frei von Eiweiß und Zucker.
Mohr (Bielefeld).

27) **Pasquier et Leri.** Valeur comparée des injections sous-arachnoidiennes et épidurales de cocaine dans le traitement de la sciatique.
(Soc. de biologie 1901. Juli 6.)

Verff. erzielten bei schweren Formen von Ischias mit epiduralen Injektionen von 1—2 cg Cocain in 1%iger Lösung gute Erfolge. Dagegen beobachteten sie bei intraduraler Injektion von 5 mg Cocain in 2 Fällen lang andauernde toxische Erscheinungen. Die epidurale Methode ist also vorzuziehen.
Mohr (Bielefeld).

28) **G. Thin.** The treatment of two cases of nerve leprosy in which recovery took place.
(Brit. med. journ. 1901. Mai 4.)

In dem 1. Falle handelt es sich um einen 11jährigen Jungen, welcher, in West-Indien geboren, im Alter von 4 Jahren nach England gekommen war. Wenige Monate nach der Ankunft daselbst wurden die ersten Anzeichen einer Hautaffektion bemerkt. Als T. den Jungen zum 1. Male sah, fanden sich beide Ober- und Unterschenkel bläulich-violett verfärbt. Die Haut war großentheils anästhetisch, eben so am Arme, Handgelenke und im Gesichte.

Die Therapie bestand in der Darreichung von Chaulmoograöl, innerlich sowohl wie äußerlich. Nach 3 Monaten war das Erythem weniger ausgesprochen; die Dose des Öles wurde auf 21 Tropfen pro die gesteigert.

Nach weiteren 5 Monaten fand sich am Handgelenke eine große Blase, welche sich bis zum Daumen erstreckte; daneben bestand über dieser Partie Schmerzgefühl. In der rechten Lendengegend bestand ein Erythem neben kleinen Papeln. Solche Papeln fanden sich auch am Bauche so wie über der Ulna und an den Unterschenkeln. Die Haut der letzteren war viel blasser geworden und zeigte

ein nahezu normales Aussehen. Ein paar Tage später war die Blase an der Hand im Abheilen.

Darauf verlor T. den Kranken aus den Augen, bis derselbe sich 13 Jahre später abermals vorstellte.

Das einzige noch vorhandene Zeichen der Erkrankung war eine Verstümmlung der Hände und Füße, welche sich auf das Fehlen einzelner Phalangen und das Vorhandensein von Kontrakturen erstreckte. Das Gefühlsvermögen war an einigen Stellen der Unterschenkel und an der rechten Ferse abgeschwächt, völlig fehlend über beiden Patellae.

Das Chaulmoograöl war $2^1/_2$—3 Jahre genommen worden; dann vertrug der Kranke dasselbe nicht mehr. Nichtsdestoweniger machte auch nach Aussetzen des Mittels die Besserung Fortschritte.

Im 2. Falle fand sich eine runde, leicht verfärbte Hautpartie im Gesicht, deren Centrum völlig anästhetisch war. Der Rand war etwas erhaben. Eine gleiche Hautpartie fand sich über der Wirbelsäule zwischen den Schulterblättern. Äußerlich wurde zunächst eine 5%ige, dann eine $7^1/_2$%ige Pyrogallussäuresalbe angewendet; innerlich wurde Gurjunöl gegeben. Der Flecken der Rückenhaut verschwand innerhalb eines Monates vollständig, das Gefühl stellte sich völlig wieder her. Die Anästhesie im Gesicht ging allmählich wieder zurück. Es traten noch einige kleine, bräunliche, anästhetische Flecken an der unteren Extremität ein, welche sich indessen wieder zurückbildeten. 3—4 Jahre nach Beginn der Erkrankung war nichts Pathologisches mehr zu sehen. **Weiss** (Düsseldorf).

29) **Breton.** Epilepsie Jacksonienne etc.

(Soc. centr. de méd. du Dép. du Nord 1901. Juni 28.)

Bemerkenswerth ist, dass bei dem 14jährigen Kinde lokalisirte Krampfanfälle erst 11 Jahre nach einem Sturze aus dem Fenster auftraten. Auch späterhin blieben die Anfälle immer auf die linke Seite beschränkt. Die Operation ergab eine Fissur der rechten Parietalgegend und darunter eine subdurale, kleine Blutcyste, welche eröffnet und drainirt wurde. Heilung seit $1^1/_2$ Jahre beobachtet. **Mohr** (Bielefeld).

30) **J. Boeckel.** Vomito-negro dans l'appendicite.

(Gaz. méd. de Straßbourg 1901. Juni.)

24 Stunden nach einem Stoße gegen den Unterleib traten bei dem betreffenden Kinde akut die Erscheinungen einer schweren Appendicitis auf mit Bildung eines ausgedehnten Eiterherdes. Am 5. Tage der Erkrankung Hämatemesis mit Entleerung eines sehr großen Spulwurmes. Operation, Heilung.

Verf. glaubt, dass der wahrscheinlich den Wurmfortsatz verschließende Spulwurm zunächst eine Erosion der Schleimhaut hervorgebracht habe, und dass es in Folge des Traumas zu einer Entfernung des Wurmes von seinem Sitz und einer von der Erosion ausgehenden Allgemeininfektion gekommen sei. Auf diese sei auch das Blutbrechen in erster Linie zurückzuführen. **Mohr** (Bielefeld).

31) **B. G. A. Moyniham.** A case of gastro-jejunostomy for complete rupture of the intestine at the duodeno-jejunal flexure.

(Brit. med. journ. 1901. Mai 11.)

Die näheren Umstände des Falles sind leider nicht angegeben. Bei der Operation fand sich eine vollständige quere Durchtrennung des Darmes an der Flexura duodeno-jejunalis. Das Duodenum war sehr schwer zugänglich zu machen, so dass eine Vereinigung der Darmenden nicht ausführbar erschien. Es wurde desshalb das Duodenum so gut es ging vernäht. Zur Sicherung der Naht wurde ein Lappen des abgerissenen Gekröses über die Nahtlinie gelegt. Das Jejunum wurde in den Magen mittels Murphyknopfes eingepflanzt. M. beabsichtigte noch eine Anastomose zwischen Duodenum und Jejunum anzulegen, der gefahrdrohende Zustand des Kranken veranlasste ihn jedoch, die Operation möglichst schnell zu beenden und sich mit der Vereinigung von Magen und Darm zu begnügen.

Pat. erholte sich nach dem Eingriffe und genas. Es wurde noch verschiedentlich die Anlage einer Anastomose zwischen Duodenum und Jejunum in Erwägung gezogen, doch wurde Mangels jeglicher ungünstigen Erscheinungen davon Abstand genommen.

Am 104. Tage nach der Operation traten plötzlich starke Schmerzen im Leibe ein, der Junge kollabirte und war nach einigen Stunden todt.

Die Sektion ergab eine Perforation des untersten Theiles des Duodenum, nahe der Stelle, wo dasselbe verschlossen war. Die Perforation war hervorgerufen durch den Druck seitens des Murphyknopfes, welcher in die zugenähte Darmschlinge gerathen war.

In dem vorliegenden Falle mussten Galle und Pankreassaft ihren Weg durch den Magen genommen haben. Irgend welche üblen Erscheinungen waren davon nicht aufgetreten. **Weiss** (Düsseldorf).

32) **B. Lewy** (Berlin). Ein Fall von Magenkrebs mit ungewöhnlichem Verlaufe.

(Berliner klin. Wochenschrift 1901. No. 16.)

Das in mehrfacher Beziehung Ungewöhnliche dieses ausführlich beschriebenen Falles gewinnt durch die sorgfältig gestellte makroskopische und mikroskopische Sektionsdiagnose um so größeres Interesse. L. fasst die Krankengeschichte selbst wie folgt zusammen: »Bei einem kräftigen Manne bestand seit Jahren eine Magenerkrankung, welche sich subjektiv in häufigen, heftigen Schmerzen, objektiv in mäßiger Magenerweiterung äußerte; ferner war zeitweilig Fehlen von Salzsäure festgestellt, zuletzt dagegen reichlich Salzsäure gefunden worden. Der Ernährungszustand hatte trotz der langen Dauer der Krankheit nicht gelitten. Niemals hatte blutiges Erbrechen bestanden. — Bei diesem Pat. entwickelte sich innerhalb kurzer Zeit unter sehr heftigen Schmerzen eine starke Schwellung des linken großen Brustmuskels, welche bald auf die anderen der linken Schulter benachbarten Muskeln und die entsprechenden Hauttheile übergriff; diese Schwellung geht unter Arsenbehandlung allmählich fast ganz zurück. Während des Schwindens dieser ursprünglichen Schwellung entwickeln sich an verschiedenen Stellen in der Haut und unter ihr nicht schmerzende Tumoren von sehr verschiedener Größe, ferner kommt es zu einer schmerzhaften Affektion des Unterleibes, in welchem sich ähnliche Geschwulstmassen, wie zuerst im Pectoralis, um das Rectum herum nachweisen lassen, ferner kommt es interkurrent zu einem pleuritischen Ergusse, zu Nephritis, zu heftigen Fieberanfällen, schließlich tritt Exitus letalis an Erschöpfung ein.«

Die Sektion ergab Scirrhus von altem Magengeschwür ausgehend mit vielfachen Metastasen, Pyelonephritis, Adhäsiones pulmonum. Ein operativer Eingriff war durch den klinischen Verlauf ausgeschlossen. Besonders auffallend ist die Anwesenheit von Salzsäure noch 4 Monate vor dem Tode und die seltene Lokalisation der Metastasen in den willkürlichen Muskeln, während Leber, Milz etc. frei blieben. Die schmerzhaften, teigigen Muskelschwellungen glaubt L. als entzündliche Reaktion auffassen zu müssen. **W. Schultz** (Kiel).

33) **G. Barling.** Note on a case of enormous dilatation of the first part of the duodenum.

(Brit. med. journ. 1901. Mai 11.)

Es handelt sich um einen 31jährigen Mann, welcher seit seiner Kindheit an Verdauungsstörungen gelitten hatte, und bei welchem seit 4 Jahren Schmerzen und Erbrechen nach der Nahrungsaufnahme sich eingestellt hatten. Vor ca. 3 Jahren war schon eine Laparotomie ausgeführt worden. Dieselbe hatte indessen zu keinem Resultate geführt. Der Kranke war immer mehr heruntergekommen und war gezwungen, zur Linderung seiner Beschwerden fortgesetzt Morphium zu nehmen. Bei der abermaligen Laparotomie fand sich eine starke Auftreibung des Magens; der Pylorus zeigte keine Veränderungen. Indessen fanden sich in der Umgebung

starke Verwachsungen einerseits mit der vorderen Bauchwand, andererseits mit der unteren Leberfläche. Das schlechte Allgemeinbefinden ließ jedoch eine weitere Nachforschung betreffs der Ursache der Verwachsungen gefährlich erscheinen. Um die Abflussverhältnisse aus dem Magen zu verbessern, wurde eine Magen-Darmfistel angelegt. Nach anfänglichem Wohlbefinden verschlechterte sich der Zustand plötzlich am 5. Tage, und der Mann ging zu Grunde.

Bei der Sektion fand sich eine Peritonitis, welche ihren Grund hatte in einer Zerreißung des außerordentlich ausgedehnten Duodenum, dessen Wandung stellenweise papierdünn war. Der unterhalb des Pylorus gelegene ausgedehnte Theil des Duodenum war mit der Leber, vorderen Bauchwand und der Flexura hepatica coli fest verwachsen. Die hintere Wand der Höhle zeigte normale Schleimhaut; dagegen war dieselbe an der vorderen Wand größtentheils zerstört. An der Öffnung des Sackes nach dem Duodenum hin, welche für 2 Finger durchgängig war, fanden sich 3 von normaler Schleimhaut bekleidete Klappen, durch deren Zusammenlegung der Abfluss stark beeinträchtigt wurde. Der Grund für die Dilatation des Duodenum war nicht mit Sicherheit festzustellen. B. ist geneigt, die Klappenbildung für eine fehlerhafte kongenitale Anlage zu halten.

Weiss (Düsseldorf).

34) **W. Karo.** Zwei Fälle von Rectalgonorrhoe, als Folge von Entleerung gonorrhoischer Eiteransammlungen ins Rectum.

(Berliner klin. Wochenschrift 1901. No. 4.)

Der eine Fall ist schon von Jadassohn in der Festschrift für Neumann publicirt; der andere Fall stammt ebenfalls aus der Klinik Jadassohn. In beiden Fällen handelte es sich um Gonorrhoe und gonorrhoische Eiteransammlung in der Prostata, die einmal operativ, das andere Mal spontan in den Mastdarm entleert wurde. Einige Tage nach dem Durchbruche trat Mastdarmgonorrhoe auf. Für ähnliche Fälle empfiehlt Jadassohn folgendes therapeutische Handeln. Incision nach den üblichen Vorbereitungen vom Mastdarme aus; mehrmalige Injektion 1%iger Höllensteinlösung in die Abscesshöhle; Ausspülung des Mastdarmes mit 1:1000 bis 3000 Höllensteinlösung; Drainage nach Casper mit Drain und Jodoformgaze; tägliche Ausspritzung der Abscesshöhle mit 1%iger und des Mastdarmes mit schwacher Höllensteinlösung; möglichst späte Entfernung des Drains und noch einige Zeit lang (bis man sich von dem definitiven Verschlusse der Wunde mit dem Mastdarmspiegel überzeugt hat) prophylaktische Ausspülung des Mastdarmes mit 1:1000 bis 3000 Höllensteinlösung, event. auch Einlegung von Ichthyolsuppositorien, die wohl ebenfalls gegen eine Mastdarminfektion prophylaktisch wirksam sein werden. **Schulz** (Barmen).

35) **B. Niederle.** Die Ergebnisse der operativen Therapie des Rectumcarcinoms.

(Vorgetragen auf dem III. Kongresse tschechischer Naturforscher u. Ärzte in Prag. 25.—29. Mai 1901.)

Der Bericht erstreckt sich auf 188 Fälle aus der Klinik Maydl, von denen 136 operirt wurden, und zwar 61 radikal und 75 palliativ. Von den 61 Fällen entfallen 13 auf die perineale und 48 auf die sacrale Methode; die postoperative Sterblichkeit betrug 15%. Die Kraske'sche Methode lieferte schlechtere Resultate; die längste Lebensdauer nach der Operation betrug $3^1/_2$ Jahre, die durchschnittliche 1 Jahr. In 75 Fällen wurde die palliative Kolotomie ausgeführt mit 4% Sterblichkeit; die längste Lebensdauer betrug $3^1/_4$ Jahre, die durchschnittliche 10—11 Monate. Autor gelangt zu folgendem Schlusse: in Fällen, wo eine Radikaloperation möglich ist, soll die einfachste Methode gewählt werden; in Fällen, die an der Grenze der Operabilität stehen, ist die palliative Kolotomie angezeigt.

G. Mühlstein (Prag).

36) **G. Ninni.** Il primo intervento operatorio nelle ferite del pancreas.

(Arte med. 1901. No. 24.)

Kurze Mittheilung des folgenden, bezüglich des glücklichen Ausganges in der Litteratur wohl noch allein dastehenden Falles: Revolververletzung mit Einschussöffnung links vom 2. Lendenwirbel und Austrittsöffnung des Geschosses in der Regio epigastrica rechts von der Parasternallinie. Laparotomie und Naht von 7 Darmwunden. Dabei wird ein Hervorquellen von mit Blut gemischter Flüssigkeit aus der Tiefe zwischen Magen und Colon beobachtet. Nach Spaltung des Lig. gastro-colicum wird eine Kontinuitätstrennung (ob vollständige oder unvollständige ist nicht näher bezeichnet. Ref.) des Pankreas an seinem Übergange vom Kopfe in den Hals konstatirt. 2 tiefgreifende Nähte, Reinigung und Schluss der Bauchhöhle, Heilung. **A. Most** (Breslau).

37) **A. Fullerton.** Case of meningo-encephalocele treated by excision of the mass.

(Brit. med. journ. 1901. Juni 22.)

Die in Rede stehende Missbildung kam bei einem weiblichen Kinde zur Beobachtung. 3 Tage alt wies dasselbe am Hinterkopfe eine Geschwulst auf, welche nahezu die Größe des Kopfes des Kindes erreichte und beim Schreien eine vermehrte Spannung aufwies. Der Stiel der Geschwulst saß zwischen der Protuberantia occipitalis externa und dem Foramen magnum. Als das Kind 3 Wochen alt war, wurde der Stiel elliptisch umschnitten, die Dura war fest mit der Haut verwachsen. Es floss eine beträchtliche Menge Cerebrospinalflüssigkeit ab und präsentirte sich Gehirnmasse von der Größe eines Hühnereies. Dieselbe wurde mit der Schere abgetragen. Dabei zeigten sich alarmirende Symptome und das Kind wurde blass und schnappte nach Luft. Die Wunde wurde rasch geschlossen: die Öffnung im Schädel war so beträchtlich, dass bequem ein Finger eingeführt werden konnte. Darüber kam ein Kompressivverband. Das Kind zeigte zunächst Cheyne-Stokes'sches Athmen, erholte sich aber bald. 14 Tage lang sickerte aus der Wunde Liquor cerebro-spinalis durch. Am Tage nach der Operation zeigte sich auf beiden Augen Strabismus convergens, welcher sich indessen innerhalb einer Woche verlor. Der untere Theil der Wunde schloss sich p. p., der obere, wo die Lappen nicht exakt zusammenpassten, durch Granulationsbildung.

Leider ging das Kind 4 Wochen nach der Operation an einer akuten Bronchitis zu Grunde. Die excidirte Gehirnpartie erwies sich als Occipitallappen.

Weiss (Düsseldorf).

38) **De Rouville.** Un cas de cure radicale de spina-bifida lombaire.

(Revue mens. des malad. de l'enfance 1901. p. 226.)

Die Geschwulst war am 21. Lebenstage nussgroß und wuchs bis zum 19. Monat bis zu Apfelsinengröße, die Haut war darüber stark verdünnt, die Geschwulst durch Druck nicht zu verkleinern, dabei werden keine Gehirnerscheinungen ausgelöst. Starke Entwicklung der Venen am Kopfe, etwas starrer Blick. Das Kind ist geistig gut entwickelt. Die Geschwulst lässt sich bei der Operation von der Haut trennen, die Geschwulstwand wird mit Ausnahme eines Theiles, an dem Nervenfäden sichtbar sind, resecirt, letzterer in die Wirbelspalte versenkt. Eine einzige Lage Nähte von Silberdraht. Heilung per primam. 19 Monate später leichter Hydrocephalus ohne bedeutende Störung der geistigen und körperlichen Entwicklung. Verf. giebt der Radikaloperation den Vorzug vor Injektionen und hält plastischen Verschluss für überflüssig. **F. Göppert** (Kattowitz).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von
E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 42. Sonnabend, den 19. Oktober. 1901.

I.

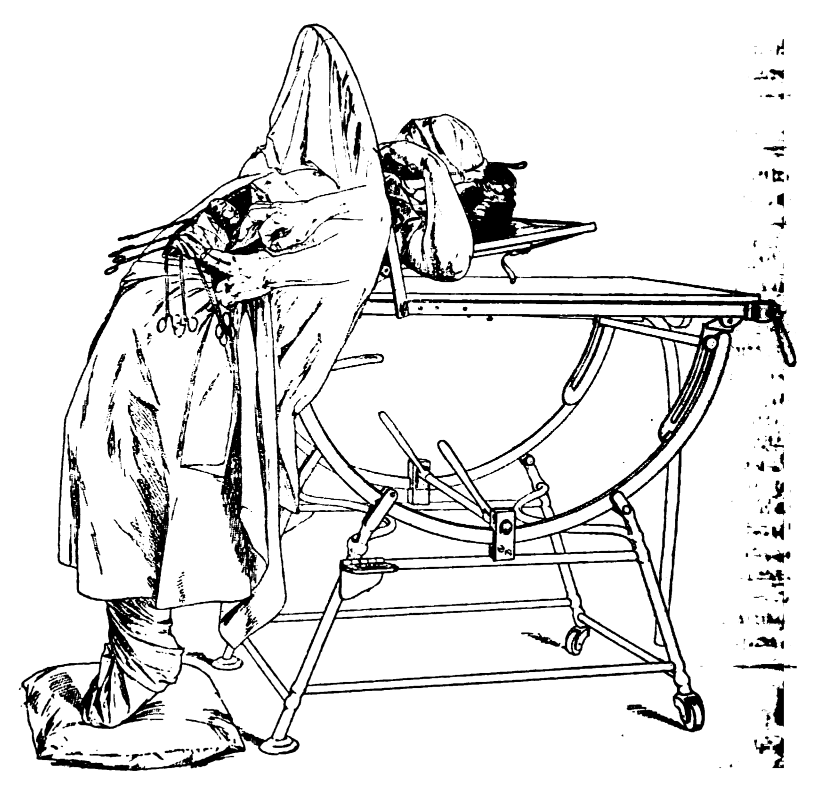
Becken-Hängelage bei horizontalem Rumpf für Operationen in der Nähe des Zwerchfells.

Von

Dr. **Georg Kelling** in Dresden.

Es ist eine Erfahrung, die wir bei Operationen am Magen und an der Leber leider häufig machen müssen, dass Theile der erkrankten Organe, vom Rippenbogen bedeckt, schwer oder gar nicht zugänglich sind. Lannelongue hat für solche Fälle seine Methode der Rippenresektion angegeben; doch ist dies ein großer und entstellender Eingriff, zu dem man sich um so schwerer entschließen

wird, als man nicht immer vorher angeben kann, ob trotzdem das operative Ziel erreicht wird. Es empfiehlt sich vielmehr statt dessen eine Lagerung anzuwenden, welche den Vortheil hat, dass sie während der Operation schnell auszuführen ist, nicht entstellend wirkt und die Zwerchfellgegend in sehr übersichtlicher Weise zur Anschauung bringt. Sie ist angezeigt bei ausgiebigen Magenresektionen und bei Operationen an der Oberfläche der Leber, hier mit Durchtrennung des Ligamentum suspensorium verbunden. Die Lagerung ist nachgeahmt derjenigen, welche die Anatomen anwenden, wenn sie die Muskulatur des Zwerchfells präpariren wollen. Sie lagern die Leiche mit dem Oberkörper etwa horizontal; der Rumpf wird



in der Lendengegend annähernd rechtwinklig gebeugt, so dass Becken und Füße senkrecht zu hängen kommen. Die Bauchhöhle wird dadurch gleichsam aufgeklappt. Ich benutze den Stelzner'schen Operationstisch, an dem zum Zweck dieser Lagerung einige kleine Vorrichtungen angebracht werden müssen. Bekanntlich ist an diesem Operationstisch die Platte, auf welcher der Oberkörper des Pat. ruht, über den ganzen Tisch verschieblich. Am oberen Rande dieser verschieblichen Platte sind nun zwei Knöpfe angebracht; sie dienen zum Befestigen eines Gurtes, welcher den Oberkörper des Pat. festhält. Der Gurt läuft, unter dem Hals gekreuzt, von den Knöpfen

über beide Schultern, dann durch die Achselhöhle quer über den Rücken. Die Platte mit dem Oberkörper des Pat. wird bis an den Fußrand des Tisches gerückt. Die Beinhalter werden schräg nach unten gestellt, und der Pat. wird so befestigt, dass die Wirbelsäule im Lendentheile gebeugt wird und die Beine nach unten hängen. Die Oberschenkel werden an den Beinhaltern angeschnallt. Damit nun aber die Zwerchfellgegend gut zugänglich ist, wird zu dem Schnitt in der Linea alba vorher ein ausgiebiger Querschnitt hinzugefügt. Derselbe geht etwa von der Spitze der 12. Rippe quer über den Bauch nach der Mitte zu. Es muss nun noch verhütet werden, dass die Eingeweide herausfallen. Zu diesem Zwecke nimmt man eine Serviette, welche über die Eingeweide geschlagen wird. Oberhalb der Serviette bleibt der zum größten Theil schon freipräparirte Magen. Diese Serviette wird nun an dem unteren Rande des Querschnittes und auch ein Stück am Schnittrand der Linea alba befestigt, am besten mit den von v. Mikulicz angegebenen Peritonealklemmen, oder auch mit Nähten. Ein Assistent, der zur Seite des Pat. stehen muss, hält nun mit der einen Hand, welche auf die in die Bauchhöhle eingeschlagene Serviette gelegt wird, die Eingeweide zurück. Die andere Hand des Assistenten fasst hakenförmig den Rippenbogen und zieht ihn ab. Die Instrumente müssen auf einem besonderen Tische liegen. Der Operateur setzt sich auf einen Schemel, so dass er von vorn ans Zwerchfell herankommt. Der untere Theil des Bauches und die Beine sind mit einem großen Tuch bedeckt, welches mit Klemmen, event. an der Haut, befestigt wird. Es ist zweckmäßig, das Narkoseterrain vom Operationsterrain zu trennen, wie man es bei Kropfoperationen ausführt. Es wird an die seitlichen Schlitten des Operationstisches ein eiserner Bogen angeschraubt, an welchem das trennende Tuch befestigt wird. Wenn wir während der Operation von der gewöhnlichen Rückenlage in die Hängelage übergehen wollen, müssen wir die auf dem Bauche liegenden Instrumente und Tücher entfernen. In die Bauchhöhle wird die am Schnittrande befestigte Serviette eingeschlagen, dann oberhalb derselben einige Mikulicz-sche Perltücher eingestopft und der Leib mit einem sterilen Tuch bedeckt. Beim Lagewechsel, auf welchen das Personal eingeübt werden muss, schützt der Operateur mit seinen Händen die Bauchwunde. Es ist auch ohne Schwierigkeit möglich, in dieser Becken-Hängelage eine Darmschlinge etwa zur Gastroenterostomie herauszuholen. Zu dem Zwecke wird die Serviette herausgezogen, Netz und Colon emporgeschlagen und nun die Darmschlinge entweder über das Colon oder durch das Mesocolon hindurch geführt. Die Serviette wird dann wieder eingeschlagen und um die Darmschlinge herumgenommen. Nachdem der beabsichtigte Zweck erreicht ist, bringen wir den Körper zur Fortsetzung der Operation in die Rückenlage zurück.

II.

(Aus der chirurgischen Klinik des Hofrath Prof. L. Rydygier.)

Zur Technik der Skolikoidektomie.

Von
Dr. M. W. Herman in Lemberg,
Assistent der Klinik.

In unserer Klinik wird folgende, auch anderswo übliche, Art der genannten Operation angewandt: Nachdem der Proc. verm. von den etwa vorhandenen Verwachsungen gelöst worden ist, wird sein Mesenteriolum unterbunden, worauf die Serosa wie auch theilweise die Muskelschicht an seiner Basis cirkulär durchschnitten werden. In der auf diese Weise sich bildenden Rinne wird der Proc. verm. unterbunden und distalwärts amputirt. Jetzt schneiden wir die zurückgebliebene Schleimhaut des Stumpfes so weit es geht aus; es bleiben jedoch immer am Boden des Trichters Reste derselben, mit Bakterien imprägnirt. Endlich invaginiren wir den Stumpf in das Coecum und legen darüber die 2reihige Lembert'sche Naht. Daraus resultiren Ver-

Fig. 1.

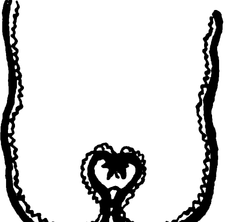
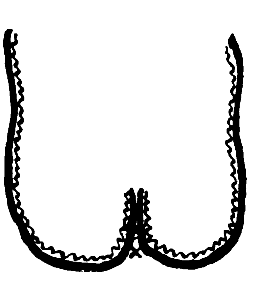


Fig. 2.



hältnisse wie sie die beigefügte Fig. 1 darstellt. Der Stumpf des Proc. verm. ragt mit den Resten der inficirten Schleimhaut in eine vollkommen geschlossene Höhle hinein (cavité clause). Wenn nun die in den Resten der Schleimhaut zurückgebliebenen Bakterien eine besonders starke Virulenz besitzen, so kann es in diesen außerordentlich günstigen Verhältnissen zu einem eitrig-entzündlichen Processe kommen; der angesammelte Eiter verursacht entweder eine Nekrose der Coecumwände oder bricht direkt durch die Naht in die Bauchhöhle durch, was natürlich eine diffuse septische Peritonitis nach sich ziehen muss. Auf diese Weise haben wir in der Klinik einen Kranken 5 Tage nach der wegen Skolicoiditis chron. interna so ausgeführten Operation verloren.

Dem Übel kann man durch eine kleine Modifikation der Stumpfbehandlung abhelfen. Nachdem der Proc. verm. freigelegt worden ist, amputiren wir denselben einige Millimeter oberhalb seiner Basis,

ohne ihn vorher zu unterbinden. Denn die Gefahr, dass flüssiger Koth in die Bauchhöhle hineinfließt, besteht fast niemals. Im Proc. verm. selbst habe ich nie flüssigen Koth gesehen, und dem Hinausfließen eines solchen aus dem Blinddarme kann man dadurch vorbeugen, dass man vor der Amputation zu beiden Seiten des Processus 2 Katgutnähte anlegt, die man während der Amputation anspannt und mittels derselben das Coecum in die Höhe hebt oder dadurch, dass man ein Kompressorium an den Blinddarm anlegt. Unmittelbar nach der Abtragung des Processus stülpt man den Stumpf in das Lumen des Blinddarmes ein. Die Öffnung an dessen Basis schließen wir durch eine 2reihige sero-muskuläre Naht. Die auf diese Weise gewonnenen Verhältnisse illustrirt Fig. 2. Es besteht nun keine cavité clause, die serösen Flächen des Processus sind einander zugekehrt, und seine Schleimhaut blickt in das Cavum des Blinddarmes.

Aus diesen Gründen möchte ich dieses Verfahren aufs wärmste empfehlen.

---

1) **C. Ritter.** Die Ätiologie des Carcinoms und Sarkoms auf Grund der pathologischen Forschung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 161.)

Die Arbeit giebt den Text eines von R. im Juni 1900 im Greifswalder medicinischen Verein gehaltenen Vortrages. Derselbe besteht im Wesentlichen aus einer kritischen Umschau auf der neueren pathologisch-histologisch-biologischen Carcinom- und Sarkomlitteratur mit Rücksicht auf die Frage, ob es überhaupt möglich sei, die Annahme, dass die bösartigen Geschwülste infektiöser Natur seien, mit dem gegenwärtigen Stande der Forschung in Einklang zu bringen, wobei auf die bislang als Carcinom- und Sarkomerreger proklamirten Bakterien oder Parasiten gar nicht weiter eingegangen wird. Die Arbeit hat demgemäß selbst mehr den Charakter einer kritisch-referirenden Zusammenstellung, wesshalb sie zur eingehenden Berichterstattung an diesem Orte sich nicht eignet, zumal sie sich auf die feinsten Specialien der rein theoretischen Pathologie erstreckt. R. kommt zu dem Resultat, dass die Möglichkeit der Infektiosität vom Carcinom und Sarkom nicht zu verneinen sei. Keine der Eigenschaften dieser Neubildungen kommt ihnen allein zu, alle finden sich im Gegentheil mehr oder weniger auch bei den infektiösen Entzündungen. Histologisch specifische Carcinom- bezw. Sarkomzellen giebt es nicht. Auch die Funktionslosigkeit der bösartigen Geschwulstzellen, die Änderung der Wachsthumsrichtung und das regellose Wachsthum selbst können nicht als einzig den bösartigen Geschwülsten zukommende Eigenheiten aufrecht erhalten werden. Nicht anders ist es mit den verschiedenen Zellendegenerationsprocessen, die in bösartigen Neubildungen stattfinden, der Verkäsung, Verhornung, der gallertigen Entartung, der Nekrose, die sich alle sehr leicht unter

der Annahme einer Infektiosität erklären lassen. Schwieriger ist, die Metastasenbildung der bösartigen Geschwülste mit dieser Annahme zusammenzureimen; doch ist die Metastasenlehre noch durchaus nicht völlig aufgeklärt und abgeschlossen. Stimmt man der Infektiositätslehre der bösartigen Geschwulst zu, so wird man die Geschwulstzellen an sich nicht für bösartig, sondern für nützlich, für eine Schutzreaktionsleistung des Organismus anzusehen haben. In der Praxis hat man an die Gefahr zu denken, bei Operationen mit dem Messer aus der angegriffenen Geschwulst Carcinomerreger ins Gesunde zu übertragen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

2) **Ravogli.** Etiologie and pathologie of cutaneous cancer.

(Journ. of cutan. and gen.-urin. disease Vol. XIX. Part. 2.)

R. theilt die Hautcarcinome in lobuläre, lenticuläre und papillomatöse. Das lobuläre nimmt seinen Ausgang vom Stratum mucosum der Epidermis oder von den Hautdrüsen. Die Epithelzellen dringen in das Bindegewebe ein und zerstören die Hautdrüsen, so dass von der ursprünglichen Struktur der Talg- und Schweißdrüsen nur geringe Spuren zurückbleiben. Die Ulceration ist nur oberflächlich, erfasst nur den Papillarkörper. Das lenticuläre Hautcarcinom beginnt als ein in der Tiefe der Haut abtastbares bewegliches Knötchen, welches zu einer nussgroßen, harten, elastischen Geschwulst auswächst. Die Hautdecke der Geschwulst wird von zahlreichen erweiterten Blutgefäßen durchzogen. Sobald die Neubildung zerfällt, tritt ein tiefes, von zahlreichen kleinen, harten Knötchen umgebenes Geschwür zu Tage. Es zeigt alveoläre Struktur mit wenig veränderten Papillen, stark vergrößerten Gefäßen und zu Nestern gruppirten Epithelzellen.

Das papilläre Hautcarcinom ist die bösartigste, schnell zu Metastasen führende Form. Das Stratum mucosum ist gewuchert und bedeckt die verlängerten Papillen. Diese verlängerten Papillen sind nicht mehr die alten Papillen der normalen Haut, sondern ein Produkt der Bindegewebshypertrophie in Folge des großen Gefäßreichthums der Geschwulst. Das papilläre Carcinom ist als eine Varietät des tiefen lenticulären anzusehen. **Chotzen** (Breslau).

---

3) **Donati.** Il sangue negli individui affetti da tumori maligni.

(Giorn. della R. accad. di med. di Torino 1901. No. 6.)

Ausführliche Studien über die Blutbeschaffenheit bei Fällen von bösartigen Geschwülsten, meist Krebsen. Untersucht wurde Hämoglobingehalt, das frische mikroskopische Bild, Zahl der rothen und weißen Körperchen, Verhältnis derselben zu einander, die Färbekraft des Blutes, die mit Neutralroth und Methylenblau sich färbenden

Erythrocyten, die einzelnen Formen der Leukocyten. Aus den Resultaten dieser Untersuchungen, verglichen mit denen anderer Autoren, ergeben sich folgende Schlüsse: Die Blutuntersuchung kann zur Stellung der Diagnose und Prognose in gewissen Fällen, aber nur mit Vorsicht verwandt werden. Viele Punkte sind noch strittig. Im Allgemeinen verursachen die bösartigen Geschwülste Verminderung des Hämoglobingehaltes und in geringem Grade der Zahl der Erythrocyten, Verminderung der Färbekraft, Alterationen der Größe und Form der Erythrocyten, in einer gewissen Zahl der Fälle eine absolute und relative Vermehrung der Leukocyten. Manchmal charakteristische Veränderung im Verhalten der verschiedenen Formen der letzteren; Anwesenheit jodophiler Zellen, besonders in schweren Fällen; Verminderung des spec. Gewichts, des Eiweißgehaltes, der Trockensubstanz, Vermehrung des Zuckergehaltes.

Im Speciellen findet sich folgendes:

Hautcarcinome machen wenig Veränderung. Die Färbekraft kann abnehmen. Häufig eosinophile Zellen.

Brustkrebse vermindern den Hämoglobingehalt, die Zahl und Färbekraft der rothen Zellen in leichterem Grade. Häufig Größenveränderungen. Hyperleukocytose (durch Vermehrung der eosinophilen bei Verminderung der polynucleären Zellen.

Die Ösophaguskrebse begleiten hauptsächlich morphologische Veränderungen der Erythrocyten und Vermehrung der großen mononucleären Leukocyten.

Magencarcinome machen beträchtliche Verminderung des Hämoglobins, der Zahl und Färbekraft der Erythrocyten. Häufig polychromatophile Erythrocyten, Poikilo- und Mikrocyten. Normo- und Megaloblasten. Hyperleukocytose in 50% der Fälle. In 80% Verdauungsleukocytose. Die polynucleären neurotrophilen Leukocyten vermindern sich auf Kosten der anderen Formen.

Krebse des Darmkanals haben ähnliche, doch inkonstantere Wirkung.

Bei Uteruskrebsen starke Anämie, zumal durch die Blutungen begünstigt.

Bei Carcinomen anderer Organe lässt sich ein einheitliches Schema nicht geben.

Sarkome: je nach dem Sitz, besonders aber bei Knochensarkomen, beträchtliche Verminderung von Hämoglobingehalt, Färbekraft. Makro- und mikroskopisch Poikilocyten. Normo- und Megaloblasten. Gewöhnlich Hyperleukocytose, hauptsächlich Vermehrung der Lymphocyten.

Bei Lymphosarkomen hohe Grade von Leukocytose.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

4) **J. Silhol.** L'examen du sang en chirurgie et en particulier au point de vue diagnostic.

(Revue de chir. 1901. No. 7.)

Nach S. sollte von Rechtswegen das Blut eines jeden Kranken vor der Operation nach drei Richtungen hin untersucht werden; durch Bestimmung des Hämoglobingehaltes, Zählung der Blutkörperchen und Trockenpräparate.

Abgesehen davon, dass bei einem Hämoglobingehalt unter 40 % wo möglich nicht operirt werden sollte, lässt sich oft aus dem Blutbefunde mit ziemlicher Sicherheit die Diagnose präcisiren, vor Allem wo es sich um Zweifel über die Art mancher Magenleiden handelt.

Trifft nämlich niedriger Hämoglobingehalt zusammen mit Herabsetzung der rothen, Vermehrung der weißen Blutkörperchen und Poikilocytose, so kann fast mit Sicherheit Carcinom angenommen werden.

Für andere Erkrankungen trifft dies Verhalten nicht so unzweideutig zu. **Christel** (Metz).

---

5) **Gaudier.** Emploi de l'oxygène dans le traitement de certaines otorrhées chroniques.

(Soc. belge d'otologie 1901. Juni 2.)

Verf. verwendete Sauerstoffgas zu Einblasungen in die Paukenhöhle, entweder durch den äußeren Gehörgang bei bestehender Perforation, oder durch die Tube, am besten abwechselnd auf beiden Wegen, und erzielte gute Erfolge bei chronischen eitrigen Katarrhen der Paukenhöhle, welche auf die Schleimhaut beschränkt geblieben waren. **Mohr** (Bielefeld).

---

6) **R. Krieg.** Atlas der Nasenkrankheiten. 7 Liefg.

Stuttgart, **F. Enke,** 1901. Mit 475 Abbild. auf 38 Tafeln.

7) **P. H. Gerber.** Atlas der Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes. Liefg. 1—3.

Berlin, **S. Karger,** 1901.

Dass unter unseren zahlreichen medicinischen Atlanten bisher eine bildliche Darstellung der Nasenerkrankungen fehlte, mag auffallend erscheinen, erklärt sich aber wohl durch die Schwierigkeiten, die die komplicirte Perspektive des Bildes bei der Rhinoscopia anterior der zeichnerischen Wiedergabe in den Weg stellt. Merkwürdigerweise erscheinen jetzt zwei Atlanten fast gleichzeitig, die diese Lücke ausfüllen sollen. In den Bildern des K.'schen Atlases, die der Autor selbst gemalt hat, ist vielfach eine von der Natur etwas abweichende Darstellungsweise gewählt worden, indem Ansichten aus mehreren verschiedenen Blickrichtungen in einem Bilde kombinirt sind: das gewährt den Vortheil, dass das Bild für den Geübten beziehungsreicher, seine Deutung erleichtert wird; in dem G.'schen Atlas haben

sich die darstellenden Künstler strenger an das beim Einblick in die Nase in bestimmter Richtung sich ergebende perspektivische Bild gehalten. Beide Arten der Darstellung haben ihre Vor- und Nachtheile: für den Lernenden ist nach Ansicht des Ref. die Darstellung in G.'s Atlas lehrreicher und leichter verständlich. Die Schwierigkeiten der Perspektivzeichnung machen sich aber auch beim letzteren bemerklich. Was die Farbengebung der Abbildungen betrifft, so möchte Ref. den G.'schen Bildern entschieden den Vorzug geben: sie ist ja auch bei K.'s Bildern vortrefflich, bei den einfacheren Farbennuancirungen sogar tadellos, bei schwer wiederzugebenden Farben haben aber in dem G.'schen Werke anscheinend Künstler und Lithograph sich besser gegenseitig eingearbeitet. Wer die Schwierigkeiten farbiger Reproduktion genau kennt, wird die Leistung, die der K.'sche Atlas darstellt, desshalb nicht gering schätzen, sondern nur bedauern, dass die künstlerische Hand des Autors nicht mehr auf den Lithographen hat einwirken können.

Der bereits vollständige K.'sche Atlas zeichnet sich durch eine große Reichhaltigkeit aus: manche seltenen Erkrankungen, auch der äußeren Nase und der Nachbargebiete, sind in ihm dargestellt, eine Aufzählung des Gebotenen würde aber hier zu weit führen. Zuweilen geht der Autor nach Ansicht des Ref. im Streben nach Vollständigkeit etwas weit, indem er z. B. alle entfernten Stückchen einer Septumcrista einzeln abbildet. Auch der begleitende Text, der hier, außer in deutscher, noch in englischer Sprache gegeben ist, erscheint dem Ref. etwas zu ausführlich. Die Doppelsprachigkeit stört ein wenig beim Nachlesen des Textes. Wäre es nicht zweckmäßiger, in solchen Fällen eine deutsche und eine englische Ausgabe des Textes getrennt zu veranstalten? Die Übersichtlichkeit würde dadurch sicher gewinnen!

Der G.'sche Atlas ist nur von einem ganz kurzen Texte begleitet, was dem Ref. sehr zweckmäßig erscheint: für ausführlichere Mittheilung interessanter Fälle dürfte eine gesonderte Publikation praktischer sein. Doch mögen darin Geschmacksverschiedenheiten walten. Die bisher erschienenen Tafeln des G.'schen Werkes erscheinen sehr sorgfältig ausgewählt. Über die zu erwartende Reichhaltigkeit lässt sich noch nichts Rechtes sagen, da noch zu wenig Lieferungen erschienen sind.

Zwischen den beiden Atlanten zu wählen, fällt schwer; sie ergänzen sich durch die Art der Darstellung gegenseitig. Hoffentlich wird auch der dargestellte Stoff in beiden sich zu einer vollständigen Sammlung ergänzen! — In Bezug auf buchhändlerische Ausstattung sind beide Werke mustergiltig und machen den Autoren und Verlegern alle Ehre. **Kümmel** (Breslau).

---

8) **E. Haas.** Über die Osteome der Nasenhöhle.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXI. Hft. 1.)

H. fügt der bisherigen Kasuistik über Nasenhöhlenosteome (nur 20 Fälle) eine weitere Beobachtung aus der v. Bruns'schen Klinik an:

34jährige Frau. Nussgroßes, mindestens 12 Jahre zurückdatirendes Osteom, bestehend aus rein spongiöser Knochensubstanz und ausgegangen vom Dache der Nasenhöhle. Exstirpation nach medianer Spaltung der linken Nasenhälfte. Glatte Heilung. Seither beschwerdefrei.

Nasenhöhlenosteome sind nach Verf.s Ausführungen weit seltener als solche der Nasennebenhöhlen. Sie setzen sich theils aus eburnisirter, theils, was häufiger der Fall zu sein pflegt, aus spongiöser Knochensubstanz zusammen. Nicht selten handelt es sich um sog. todte, d. h. frei losgelöste Geschwülste. Über die Pathogenese derselben ist wenig Sicheres bekannt; wahrscheinlich ist eine Entwicklung auf knorpeliger Grundlage, und zwar fötalen Ursprunges, anzunehmen. Als Ausgangspunkt scheint am häufigsten das Siebbein zu dienen. Unter den Symptomen werden Juckreiz, Blutungen, Ozaena, Naseneiterungen, ferner Verschlusserscheinungen, Kompression des Thränenganges und neuralgiforme Schmerzen angegeben. Zum Zwecke der Exstirpation muss ein möglichst freier Zugang geschaffen werden. Gelingt die Entfernung nicht leicht auf natürlichem Wege, so ist eine Spaltung der äußeren Nase angezeigt, event. wird es nöthig, auch noch weitere Hilfsschnitte auszuführen.

Honsell (Tübingen).

---

9) **L. Grünwald** (München). Zur Entstehung und Behandlung der Phlegmonen im Rachen.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 30.)

G. unterscheidet folgende Formen von Rachenabscessen: 1) die supratonsilläre Phlegmone, am häufigsten. Unter den Symptomen sind besonders charakteristisch: Kieferklemme, Schwellung und Röthung der einen Hälfte des weichen Gaumens, oft mit Ödem der oberen Hälfte der Gaumenbögen und Uvula; geringe oder gar keine Schwellung der Mandeln. Eröffnung mit Sonde vom Infektionsort, d. h. von dem Recessus supratonsillaris aus. 2) Den Peritonsillarabscess, selten, durch Fremdkörperinfektion oder von Zahnerkrankungen aus entstehend. Uvula frei; Kieferklemme wenig entwickelt. Mandel nicht geschwollen. 3) Den Mandelabscess, selten; Mandel geschwollen, Fehlen stärkerer Kieferklemme. Eröffnung durch Einführen der Sonde von der Fossa supratonsillaris aus nach unten in das Mandelgewebe, mit Spaltung der Vorderwand des Abscesses, der bei ungenügender Entleerung chronisch werden kann. 4) Akute Retronasalphlegmone. Rachen, so weit sichtbar, kann frei sein. Schwere Allgemeininfektion, hohes Fieber, große Prostration, Schlingbeschwerden. Entleerung des Eiters gewöhnlich durch die Nase, deren einseitige Verstopfung bemerkenswerth ist.

Kramer (Glogau).

---

10) **E. Formanek.** Zur Kenntnis der Cachexia strumipriva.
Vortrag, gehalten auf dem III. Kongress tschechischer Naturforscher und Ärzte in Prag. 25.—29. Mai 1901.

Die Untersuchung des Harns und der Organe thyrektomirter Hunde ergiebt, wie F. schon früher gezeigt hat, keine Anhaltspunkte für die Erklärung der Kachexie; von mehr Erfolg dürften Stoffwechseluntersuchungen begleitet sein. F. bestimmte den N aus dem Harnstoff und Ammoniak vor und nach der Operation und fand eine bedeutende Zunahme des N nach der Operation; das Verhältnis des Gesammt-N zu jenen des Ammoniaks blieb unverändert. Ein Fall war dadurch sehr interessant, dass nach einiger Zeit wieder normale Verhältnisse eintraten; bei der Sektion fanden sich accessorische Schilddrüsen im Thymusgewebe. — Weiter untersuchte F. den Einfluss der Ammoniumsalze auf das Blut und konstatirte bei systematischer Verabreichung solcher Salze einen Zerfall der Erythrocyten und Auftreten ähnlicher Symptome wie bei Exstirpation der Schilddrüse (Zittern, Salivation, breitspuriger Gang, Verblödung, zuletzt, Krämpfe mit der für thyreoprive Kachexie charakteristischen Stellung der Extremitäten), ja sogar auch Hyperämie der Organe, insbesondere jener der Bauchhöhle. Durch die Annahme, dass es sich bei der thyreopriven Kachexie um eine Ammoniakvergiftung handelt, könnte man sich auch erklären, warum nach der Operation im Hungerzustande keine Krämpfe auftreten und Milchkost besser vertragen wird als Fleischkost.

G. Mühlstein (Prag).

---

11) **G. Schulz.** Zur Frage der operativen Behandlung der Basedow'schen Krankheit.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 3.)

Verf. giebt zunächst eine Übersicht über Geschichte, Ätiologie, Symptomatologie so wie die theoretischen Erklärungen des Morbus Basedowii. Von den verschiedenen Theorien findet die Schilddrüsentheorie ihre wesentlichste Stütze in den operativen Erfolgen. Dass die Schilddrüse das Krankheitsbild beherrsche, lehre die auffallend rasche Besserung nach Strumektomie und die vielfach konstatirten Dauerheilungen. S.'s eigene Erfahrungen stützen sich auf 20 operirte und nachuntersuchte Fälle des Hamburg-Eppendorfer Krankenhauses. Am auffallendsten war nach der Operation zunächst die Verlangsamung der Pulsfrequenz; die Kranken wurden ruhiger, fühlten sich wohler, die früheren Angst- und Erregungszustände gingen zurück. Auch der Exophthalmus besserte sich häufig schon in den ersten Tagen, und bei der Nachuntersuchung war mit Ausnahme eines Recidivs nie mehr ein solcher vorhanden. Der zurückgelassene Kropfrest hatte ebenfalls mit Ausnahme des gleichen Falles stets eine deutliche Verkleinerung erfahren. Im Ganzen ist in 18 der 20 Fälle ein vollständiger Erfolg der Operation eingetreten; 14 hiervon waren sehr schwer Kranke, 4 mittelschwere Fälle; nur

ein einziger wirklicher Misserfolg war zu verzeichnen. Was die Indikation für das operative Eingreifen anlangt, so hält Verf. in jedem Falle den Versuch, die Krankheit auf nicht operativem Wege zu beseitigen, für vollauf berechtigt; es soll daher auch nicht operirt werden, ehe man sich von der Erfolglosigkeit der internen Medikation überzeugt hat; andererseits muss sich der Pat. aber auch noch in gutem Ernährungszustand befinden.

Als Operationsmethode wurde in letzter Zeit fast ausschließlich die partielle Strumektomie geübt, die nur in besonders geeigneten Fällen mit der Enukleation kombinirt wurde. Zur Narkose kam Chloroform in Verwendung. **Honsell** (Tübingen).

---

12) **T. Cavazzani** (Sandrigo). Di una modificazione alla tecnica della strumectomia col metodo Bottini.

(Clinica chir. 1900. Hft. 10.)

C. kombinirt den Kragenschnitt durch die Haut mit der medianen Trennung der Fascie und Kropfkapsel, um auch der Ästhetik der Narbe Rechnung zu tragen. **J. Sternberg** (Wien).

---

13) **E. Burckhardt.** Über Kontinuitätsinfektion durch das Zwerchfell bei entzündlichen Processen der Pleura.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 3.)

Angeregt durch 2 Fälle metapneumonischer Infektion des Bauchfells, bei welchen eine direkte Überwanderung der Keime durch das Zwerchfell angenommen werden konnte, tritt Verf. der Frage nach der Entstehungsweise der peritonitischen Entzündung nach pleuralen Affektionen näher. Auf Grund seiner Untersuchungen an Zwerchfellen von Personen, die an Pneumonie oder Empyem gestorben waren, durfte er folgern, dass bei jedem Entzündungsprocesse, der die Pleura diaphragmatica angreift, ein Hineinwachsen von Keimen statthat. Ob diese Keime bis zum Bauchfell gelangen, hängt von der Virulenz derselben, von der Widerstandsfähigkeit des Organismus so wie auch von der Schwere und Zeitdauer des Processes ab. Experimentelle Untersuchungen an Thieren ergaben analoge Resultate. Indifferente, in den Pleuraraum eingebrachte Partikelchen fanden sich nur zwischen und unter dem Endothel, wurden jedoch nicht ins Gewebe aufgenommen. Ähnlich verhielten sich auch nichtpathogene Keime; pathogene riefen dagegen eine Entzündung hervor und drangen nach Zerstörung des Endothels ins Zwerchfell ein. Wurde außerdem eine Schädigung des Zwerchfells gesetzt, so wurde dasselbe völlig von den Mikroorganismen durchwachsen. Verf. schließt daher, dass bei entzündlichen Processen der Pleura die Keime ins Zwerchfell einwachsen und dasselbe event. auch durchwachsen können, je nach der Schwere und Dauer des Processes. Vorbedingung ist Schädigung des Bauchfellendothels. **Honsell** (Tübingen).

Kleinere Mittheilungen.

(Aus Prof. Dr. Rovsing's Privatklinik zu Kopenhagen.)

Zur Diagnose des Wurmfortsatzes als Bruchinhalt.

Von

Dr. N. Muus.

Im Centralbl. für Chir. No. 31 1901 findet sich eine kleine Mittheilung von Prof. Th. Kölliker über ein eigenthümliches Symptom des Wurmfortsatzes als Bruchinhalt. Kölliker beobachtete eine Flexionskontraktion bei einer Pat. mit einem Schenkelbruch, der nur einen verwachsenen Wurmfortsatz und etwas mäßig verdicktes Netz enthielt. Nach Exstirpation dieser beiden Theile und Radikaloperation verschwand die Flexion vollständig. Da man so häufig Omentalhernien ohne jede Flexion sieht, schreibt Kölliker dieses Symptom dem verwachsenen Wurmfortsatz zu.

Ich kann diesem Schlusse beitreten, indem wir in der Klinik einen ähnlichen Fall beobachtet haben.

Eine 64jährige Frau hatte Jahre hindurch einen rechten Schenkelbruch, welcher ab und zu hervortrat, aber leicht reponirt werden konnte. Es blieb aber eine kleine Geschwulst zurück, die das Tragen des Bruchbandes verhinderte. In den letzten Monaten wurde sie schmerzhafter, so dass Pat. nur in gebeugter Stellung herumgehen und sich gar nicht aufrecht halten konnte. In der Rückenlage wurde das rechte Bein in der Hüfte um ca. 30° flektirt gehalten und konnte wegen Schmerzen nicht weiter gestreckt werden. Bei direktem Druck war die Geschwulst nur sehr wenig schmerzhaft. Bei der Operation am 18. April 1901 zeigte sich ein kleines präperitoneales Lipom um einen Bruchsack, der nur einen gesunden verwachsenen Wurmfortsatz enthielt. Dieser wurde resecirt, Radikaloperation gemacht; danach konnte das Bein vollständig gestreckt werden, und die Frau geht jetzt in ganz natürlicher Stellung herum.

Ich glaube, wie Prof. Kölliker, dass eine solche Kontrakturstellung im Hüftgelenke für die Diagnose auf mit dem Bruchsacke verwachsenen Wurmfortsatz ein beobachtungswerthes Symptom ist.

---

14) **Wiesinger.** Auftreibung des Schädelknochens in der vorderen Scheitelgegend.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 29.)

Bei einem 14jährigen Mädchen trat seit 5 Jahren unter ständigen heftigen Schmerzen eine langsam wachsende Auftreibung an oben genannter Stelle auf, die auf interne Behandlung mit Jod, Quecksilber etc. nicht zurückging. Nach operativer Freilegung des Knochens schimmerte derselbe bläulich durch. Nach Entfernung einiger oberflächlicher Knochenlamellen fand man einen großen Varix im Knochen, dessen Ausläufer mit dem Sinus longitudinalis in Verbindung standen. Eine Unterbindung war nicht möglich, desshalb Exstirpation bei bedeutender Blutung. Tamponade. Heilung. Ätiologisch ist es zweifelhaft, ob ein Trauma im 3. Lebensjahre als die Ursache anzusehen ist. **Borchard** (Posen).

15) **S. Kolben.** Über einen Fall von traumatischer Spätapoplexie.

(Wiener med. Wochenschrift 1901. No. 25.)

Ein Trunkenbold kommt, aus einer Kopfwunde blutend, nach Hause, nicht bewusstlos; am 2. Tage Kopfschmerzen, seitdem vergesslich, nimmt absonderliche Gewohnheiten an und wird nach einigen Wochen bewusstlos, mit linksseitiger

Facialislähmung, sterbend auf der Straße gefunden. Diagnose: Apoplexie. Bei der Sektion (Kolisko) zeigt sich ein querer Basisbruch mit bereits geglätteten Rändern, Zerreißung der Dura, seiner rechten Hälfte entsprechend, Extravasat an derselben und an den Meningen; von hier nach vorn sich erstreckend ein mäßiger Bluterguss in der Marksubstanz der rechten Hemisphäre.

In der Litteratur finden sich sonst noch 7 Sektionsbefunde von traumatischer Spätapoplexie. Auch in dem hier beschriebenen Falle muss man bei dem chronischen Alkoholismus in der Deutung der Intervallärsymptome vorsichtig sein. (Es muss wohl auch zweifelhaft bleiben, ob das alkoholische Gehirn nicht bereits den »vorbereiteten« Boden für die Apoplexie abgegeben hat, die dann nicht nur in dem Nachgeben der »traumatischen Erweichungsnekrose« ihre specifische Ätiologie fände.)

Herm. Frank (Berlin).

16) **M. Péraire.** Trépanation pour les traumatismes anciens de la région cranienne.

(Revue de chir. 1901. No. 7.)

Über einen der hier mitgetheilten Fälle wurde bereits in No. 36 dieses Centralblattes berichtet. Der andere betrifft einen Hirnabscess, der sich im Verlaufe von etwa 7 Jahren nach 2maliger Kontusion und Depression der nämlichen Schädelstelle entwickelt hat, wesentlich unter Erscheinungen einer Osteoperiostitis. Als erstes Symptom zeigte sich 2 Jahre nach den Traumen ein Abscess, der spontan aufbrach, sich späterhin abwechselnd schloss und öffnete; die Eiterretention brachte jedes Mal Fieber, Kopfweh, Schlaflosigkeit mit sich. Die 1894 vorgenommene Untersuchung und Trepanation erschloss einen Hirnabscess, der durch eine enge Knochenperforation mit der Oberfläche in Verbindung stand; Gummidrain, Heilung.

Christel (Metz).

17) **G. Bendani** (Bologna). Contributo alla chirurgia del sistema nervoso centrale e del ganglio di Gasser.

(Clinica chir. 1900. No. 5.)

Unter den von B. Operirten finden sich folgende Fälle von Affektionen des Centralnervensystems:

1) Epilepsie (essentielle).

36jähriger Mann (ref. d. Centralblatt 1889 p. 700) — nach 8 Monaten neuerliche Anfälle, die seither sehr spärlich und schwach sind. — 29jähriger Mann, Zeit Lebens schwerer Epileptiker, operirt 1889, Trepanation über beiden motorischen Centralzonen; Meningen, Gehirn und Liquor cerebrospinalis normal. Drainage, Naht. In den ersten Monaten sehr seltene und schwache Anfälle, später wieder intensive, in deren einem Pat. 1896 stirbt. Die Autopsie ergiebt nichts Abnormes. — 50jähriger Mann, seit 28 Jahren schwerer Epileptiker. 1889 operirt, auffallend dickes Schädeldach (mehr als 1 cm), Hervorquellen der Hirnsubstanz. 4 Monate anfallsfrei, dann der frühere Zustand. 1896 Tod im Anfalle, Sektionsbefund negativ, nur »Gehirnwindungen wenig deutlich«. — 10jähriger Knabe, seit 2 Jahren häufige Anfälle. Operation 1889, negativer Befund; einige Monate Pause, dann von Neuem die heftigsten Anfälle, deren einem Pat. 1897 erliegt. Nekropsie giebt negativen Befund.

2) Jackson'sche, nicht traumatische Epilepsie.

68jähriger Mann, weder Trinker, noch Luetiker, hat vor 14 Monaten einen apoplektischen Insult erlitten. Rechtsseitige Hemiparese. Mehrmals im Tage Anfälle, welche im Gebiete des rechten Facialis beginnen, auf die rechten Extremitäten übergreifen; selten mit Bewusstseinsstörungen. Nachher ist die Hemiparese deutlicher. Explorative Kraniektomie: Injektion der Arachnoidealvenen, fibrinöses Exsudat über der ganzen Zona Rolandica sinistra. Tod nach 5 Tagen: Gelbe Erweichung unter der Roland'schen Furche.



3) Jackson'sche Epilepsie.

40jähriger Mann. Im Jahre 1888 erhielt er mehrere Beilhiebe auf den Schädel, zwei an der Stirn, einen über dem linken Scheitelbein. Nach einigen Tagen Splitter entfernt; Heilung; nur zeitweise athetotische Bewegungen des rechten Armes. Nach 6 Jahren Anfälle: Beginn mit Augenbewegungen, dann auf die rechte obere, die linke, endlich die unteren Extremitäten übergreifend, manchmal mit Bewusstseinsverlust. Operation am 6. November 1894: Derbe Narbe der Meningen, mit der Zona Rolandica verwachsen, im Sulcus mäßige Serumansammlung. Drainage, Naht; Heilung per primam. Die Anfälle sind sofort geschwunden und nicht wiedergekehrt. — 48jähriger Mann. Vor 20 Monaten Beilhiebe über den Schädel. Lähmung des rechten Beines, Anästhesie der rechten Körperhälfte. Nach 8 Monaten epileptische Krämpfe im rechten Beine im Liegen; im Stehen nur beim Beugen des Knies. Das Bein schleift beim Gehen. Depression über dem linken Scheitelbeine. Am 11. September 1897 Operation: Entfernung eines Splitters aus der Gehirnsubstanz und einer verwachsenen Duranarbe. Heilung per primam. Die Parese ist geringer, eben so die Kontrakturen, der Gang normal.

4) Allgemeine traumatische Epilepsie.

28jähriger Mann. Hufschlag in die Stirn, links; Hirnvorfall. Heilung mit ganz leichter Paralyse der rechten Glieder und des Facialis und linksseitiger Ptosis. Nach 3 Jahren beginnen gehäufte, schwerste epileptische Anfälle. Große Impression im linken Stirnbeinhöcker. Am 21. Oktober 1889 Operation. Ein 4 cm breites Knochenstück wird aus dem adhärenten Gehirn entfernt, eine Serumcyste entleert. Drainage, Naht. Heilung per primam. Die Konvulsionen allmählich seltener und leichter, in den letzten Jahren sehr selten.

5) Solitärer Tuberkel.

8jähriges Mädchen. Wachsender Hydrocephalus, Amaurose, Paraplegie aller Extremitäten. Trepanation und Paracentese des linken Seitenventrikels, 100 ccm klares Serum. Tod. Symmetrische Solitärtuberkel an den 3. Schläfewindungen.

6) Hirngeschwulst.

32jährige Frau. Seit einem Jahre auffallende Kopfschmerzen unter der linken Fronto-Parietalnaht, manchmal leichte Parese der rechten oberen Extremität mit Aphasie. Operation: Mit dem Knochen verwachsene heteroplastische Geschwulst der Dura, ausgehend vom Proc. falciformis. Tod. Endotheliom des Proc. falciformis.

7) Traumatische Hemiplegie.

5jähriges Kind. Stich mit einer Heugabel in die linke Scheitelgegend. Nach 2 Tagen (7. Mai 1894) wegen der bleibenden rechtsseitigen Hemiplegie, Parese des linken Beines, Blasenlähmung und motorischen Aphasie Trepanation; Entfernung des eingedrückten Scheitelbeinstückes, eines 1 cm tief liegenden Splitters und Desinfektion der Meningen. Drainage, Naht. Eine kleine Encephalocele wird nach 19 Tagen, da jede Plastik unmöglich, abgetragen. Naht der Hirnhäute. Heilung per primam. Das Kind ist jetzt sehr intelligent, hat keinerlei Zeichen von Paralyse; nur die Streckung der Finger der rechten Hand erfolgt langsamer.

8) Otitische Meningitis.

49jähriger Mann, seit wenigen Tagen krank. Trepanation, unter den Meningen ebenfalls Eiter. Tod. — 7jähriger Knabe, seit 2 Monaten krank; Trepanation; nach anfänglicher Besserung Tod.

9) Trepanationen wegen Traumen.

9jähriger Knabe, Schlag auf den Schädel. Paraplegie; sonst keine Störungen. Ein Splitter von 9 cm Länge und 4 cm Breite wird aus der rechten Scheitelgegend gehoben und nach Reinigung der Meningen mit Drahtnähten wieder fixirt. Tod. — 25jähriger Mann. Sturz auf die linke Stirn-Scheitelbeingegend aus 10 m Höhe. Trepanation mit Hebung eines Fragmentes. Heilung per primam ohne irgend welche bleibenden Folgen.

10) Kleinhirngeschwulst.

17jähriger Junge. Diagnose vor der Operation: Geschwulst der linken Kleinhirnhälfte mit Kompression der linken Hälfte des Pons und des Bulbus. Trepanation der Hinterhauptsgegend. Vordringen bis ins Tentorium. Eine harte Geschwulst wird nach Abheben des Hinterhauptlappens des Großhirns theils mit dem Finger, theils mit dem Löffel entfernt. Fibrosarkom. Heilung in 4 Wochen. Nach 10 Wochen Recidivoperation mit tödlichem Ausgange. (Die interessanten Details des Nervenstatus eignen sich nicht zum Referate.)

11) Laminektomie.

15jähriges Mädchen. Diagnose: Pachymeningitis tuberculosa in regione dorsali. Laminektomie am 6., 7. und 8. Brustwirbel. Ausschabung der käsig infiltrirten Innenseite der Dura (die Vorderfläche frei). Tod nach anfänglicher Besserung der Lähmungserscheinungen. — 19jähriger Mann. Sturz auf den Rücken. Paraplegie, Blasenlähmung. In der Annahme einer Kompression der Cauda equina (?) Laminektomie am 4. Lendenwirbel mit negativem Befund. Nach 2 Monaten Besserung der Lähmungserscheinungen.

12) Exstirpation des Ganglion Gasseri.

68jährige Frau. Exstirpation nach Hartley-Horsley. Tod nach 5 Tagen. — 61jährige Frau. Gleiche Methode. Tod während der Operation.

J. Sternberg (Wien).

18) **K. Ssapeshko.** Zur Geschichte der Resektion des Ganglion Gasseri.

Vortrag, gehalten auf dem russ. Chirurgenkongresse 1900 (s. Centralblatt 1901. No. 16. p. 430).

(Annalen der russ. Chirurgie 1901. Hft. 4.)

Der Pat. leidet seit 5 Jahren an Neuralgie im Gebiete des N. mandibularis. Vor einem Jahre Resektion des Nerven, doch ohne Erfolg. 21. Januar 1896 neue Resektion; der Nerv wurde völlig gesund gefunden. Nach 2 Jahren wieder starke Schmerzen. 20. Februar 1898 Resektion des Ganglion Gesseri nach des Verf.s Methode (s. oben citirtes Referat). Nach einem Jahre von Neuem Schmerzen in der Wange, obgleich noch nicht besonders stark. Pat. entzog sich weiterer Beobachtung. — Die Resektion des Ganglion ist angezeigt in Fällen, wo alle 3 Äste des Trigeminus ergriffen sind, ferner nach erfolgloser Resektion einzelner Äste; das Ganglion muss dabei möglichst vollständig entfernt werden, was bei Befolgung der Methode des Verf.s sehr erleichtert wird.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

19) **A. Raoult.** Occlusion du méat et des parois du conduit auditif à la suite d' un traumatisme. Réfaction du conduit.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1901. No. 30.)

In Folge eines Kuhhornstoßes erlitt ein 10jähriger Knabe eine ausgedehnte Verletzung der Ohrmuschel und des Gehörkanals mit Zerreißung seiner häutigen und knorpligen Wände; dieselbe hatte eine hochgradige Verengerung bei geringer, eitriger Sekretion zur Folge. Da Dilatationen nicht Abhilfe schafften, musste die Ohrmuschel abgelöst und der narbige Gehörkanal hinten oben kreuzförmig eingeschnitten werden; hierauf erst gelang es durch energisches Dilatiren, einen einigermaßen durchgängigen Gehörkanal zu erhalten und die Eiterung zum Verschwinden zu bringen. **F. Alexander** (Frankfurt a/M.).

20) **Luc.** Nouvelle contribution à l'étude de la périostite temporale d'origine auriculaire sans suppuration intra-osseuse.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otologie et de rhinol. 1901. No. 23.)

Nachdem Verf. im Gefolge einer akuten Mittelohreiterung mit spärlicher Sekretion und schmerzhafter mehr über und vor, als hinter der Ohrmuschel lokali-

sirter Schwellung bei der Aufmeißelung das Antrum leer gefunden hatte, begnügte er sich bei zwei ähnlichen Fällen zunächst mit der Incision und Entleerung eines subperiostalen Abscesses, um erforderlichen Falls die Knochenoperation folgen zu lassen. In beiden Fällen incidirte er außerdem die prall vorgewölbte Gehörkanalswand und erzielte nach Entleerung des Eiters völlige Heilung. Verf. erwähnt zwar die Furunkulose des Gehörkanals, geht aber nicht des Näheren darauf ein, warum diese Abscesse, die vor und über der Ohrmuschel sich fanden, nicht Furunkeln ihre Entstehung verdanken könnten. Bei einem weiteren Falle von Schwellung der Temporalgegend, die nach Grippe auftrat und spontan zurückging, fehlt die Ohruntersuchung, und ist derselbe daher als Vergleichsobjekt für obige Affektion belanglos. **F. Alexander** (Frankfurt a/M.).

21) **L. Bar.** Cas de pyohémie otique avec dermatomyosite sans thrombophlebite apparente du sinus.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otologie et de rhinol. 1901. No. 27.)

Verf. berichtet über einen Fall von Influenzaotitis, in deren Verlaufe unter schweren pyämischen Erscheinungen schmerzhafte Schwellungen der Jugularisgegend, der verschiedensten Gelenke und des rechten Beines auftraten. Eine erst verhältnismäßig spät vorgenommene Aufmeißelung zeigte im Antrum und den Zellen wenig Eiter; im Sinus war flüssiges Blut unter normalem Druck. Verf. schließt sich der Koerner'schen Ansicht an, dass man die Pyämie mit Sinusthrombose (meist bei chronischen) von der ohne Thrombose (meist bei akuteren Fällen) scheiden müsse. **F. Alexander** (Frankfurt a/M.).

22) **A. Malherbe.** Abscès profond du cou consécutif à une otite grippale latente.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1901. No. 29.)

Im Verlaufe von Influenza und Masern erkrankte Pat. an eitriger Mittelohrentzündung mit geringer Betheiligung des Warzenfortsatzes; später zeigte sich an der betreffenden Halsseite in der Höhe des Kehlkopfes unter dem Musc. sternocleido-mastoideus eine apfelgroße, circumscripte, fluktuirende Geschwulst. Bei der Aufmeißelung des Warzenfortsatzes, der beträchtliche Knochenzerstörungen und schwammige Granulationen aufwies, ließ sich jedoch eine breitere Kommunikation mit dem Abscess nicht auffinden. Derselbe musste daher von außen direkt an Ort und Stelle aufgesucht und eröffnet werden. Er lag unter der tiefen Halsfascie. Glatte Heilung. **F. Alexander** (Frankfurt a/M.).

23) **Fromaget.** Kyste hydatique de la glande lacrymale orbitaire.

(Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux 1901. Juli 5.)

Verf. entfernte bei einer 65jährigen Frau eine Echinokokkencyste der Thränendrüsen; die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose. Vollständige Heilung mit gutem kosmetischem Resultate wurde 4 Monate p. op. festgestellt. In der Litteratur findet sich bisher kein einziger ähnlicher, zweifelloser Fall.

Mohr (Bielefeld).

24) **K. Vymola.** Infektiöses Sklerom.

(Sborník klinický Jahrg. II. Hft. 4.)

Autor berichtet über 7 Fälle dieser Erkrankung aus der Klinik Kaufmann's in Prag. Die Reinkultivirung des Rhinosklerombacillus gelang in allen Fällen; jedoch schlugen alle Experimente, Rhinosklerom durch Impfung mit den Bacillen oder dem Rhinoskleromgewebe hervorzurufen, fehl. Therapeutisch wurden Versuche mit dem Bakterienplasmin (-proteïn) angestellt, das nach Buchner's Methode hergestellt und durch Eindampfung koncentrirt wurde. Man begann mit Injektionen von 0,5 ccm und stieg bis 8,5 ccm. Die Reaktionserscheinungen bestanden in Temperaturerhöhung bis um 2,8° C., allgemeiner Mattigkeit, Schüttelfrost, stärkerer Sekretion aus der Nase, Brennen, Jucken und Schmerzen in der Nase, Athembeschwerden, Hustenreiz, Kopfschmerzen, besonders in der Stirngegend, und

Trockenheit im Halse. Sämmtliche so behandelte Fälle (5) wurden bedeutend gebessert entlassen, namentlich war die Athmung eine freiere.

G. Mühlstein (Prag).

25) **E. Escat.** Volumineux chondrome nasal opéré par les voies naturelles.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1901. No. 29.)

Ein 62jähriger Mann, dem wegen einer einseitigen Nasengeschwulst anderwärts die Nase zur Exstirpation derselben aufgeklappt worden war, kommt mit einem Recidiv. Die äußerst harte Geschwulst nimmt eine ganze Nasenhöhle unter Verdrängung von Septum und Nasenboden ein. In Narkose wird die mäßig breitgestielte Geschwulst mittels 4 Meißelschlägen von der Insertionsstelle getrennt und so auf natürlichem Wege exstirpirt. Glatte Heilung. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass ein Chondrom vorlag.

F. Alexander (Frankfurt a/M.).

26) **Broeckaert.** Lymphangio-sarcome (endothéliome intra-lymphatique) développé dans un polype de la muqueuse nasale.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otologie et de rhinol. 1901. No. 24.)

Ein 72jähriger Mann, dem früher mehrfach Polypen exstirpirt worden waren, bemerkte seit einigen Wochen eine Schwellung der linken Wangen- und Augengegend. Die Untersuchung ergiebt außerdem Verbreiterung der Nase, Verdrängung des Septum nach der anderen Seite und in der linken Nasenhöhle eine graue, im mittleren Nasengang inserirende bewegliche Geschwulst; Choanen sind frei. Die Probeexcision führte bei der mikroskopischen Untersuchung zur Diagnose eines »Sarcome alvéolaire endothelial«. Exstirpation der Geschwulst mittels Schlinge und scharfem Löffel. Einige Wochen danach Tod in Folge von Erysipel. Im Anschluss daran giebt Verf. eine genaue histologische Beschreibung und zieht die Möglichkeit der Transformation gewöhnlicher Schleimpolypen in die erwähnte Geschwulst in Betracht; er bespricht die diesbezügliche Litteratur und streift am Schluss die klinischen Erscheinungen der Endotheliome.

F. Alexander (Frankfurt a/M.).

27) **E. Payr.** Beiträge zur Technik der Rhinoplastik.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 140.)

P. deckte einen fast völligen Defekt der Nasenspitzenweichtheile einschließlich des knorpligen Septums, entstanden durch eine Carcinomoperation, folgendermaßen: Präparirung zweier langer, gestielter, $2^1/_2$ cm breiter Hautlappen aus dem Verlauf der Nasolabialfurchen, deren Wurzel nahe den Nasenflügeln genommen wurde und deren Ende beiderseits bis an den Kieferrand ging. Der Defekt in der Backe war leicht vernähbar. Die Lappen wurden nun so nach aufwärts und medial umgeschlagen, dass sich ihre Wundflächen berührten und an ihrem unteren Rande in Ausdehnung von ca. 3 cm zusammengenäht wurden. Der hierdurch gebildete derbe »Sporn« wird als neues Septum in den Nasendefekt eingesetzt, wo er gut einheilt. Später werden die Stiele der benutzten Lappen durchtrennt und mit den Rändern des Nasendefekts zusammengepasst und vernäht. Die ursprünglich beabsichtigte Deckung der freiliegend gebliebenen Wundflächen der umgekrempelten Lappentheile erwies sich als entbehrlich, da deren Überhäutung spontan erfolgte, wobei der untere Rand der Lappen (den neugebildeten Nasenflügeln entsprechend) sich stark nach außen umrollte, auf diese Weise eine gute Form der neuen Nasenlöcher herstellend. Gutes kosmetisches Endresultat, das durch Photogramm illustrirt wird, während 4 andere Figuren die Schnittführung und Lappenanwendung darstellen.

Nach Bericht seines Falles geht P. kurz auf die seinem Verfahren ähnlichen rhinoplastischen Operationsmethoden von Thiersch, Helferich, v. Hacker,

Lexer ein, welche auch theils mit der Epidermis nach innen gewandte Lappen, theils Lappen aus der Nasolabialfurchenhaut verwenden.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

28) **F. Furet.** La sinuisite sphénoïdale chronique.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otologie et de rhinol. 1901. No. 19.)

Verf. bespricht zunächst die Ätiologie, Symptomatologie, Diagnose und Prognose des chronischen Keilbeinhöhlenempyems, ohne etwas wesentlich Neues zu bringen, und wendet sich sodann ausführlicher der Behandlung zu; er unterscheidet 3 Wege, auf denen man die Keilbeinhöhle eröffnen kann: 1) den intranasalen, 2) den Weg durch die Stirnhöhle (Jansen, Taptax), 3) den Weg durch die Kieferhöhle (Jansen, Luc). Während Jansen bei kombinirtem Nebenhöhlenempyem diesen Weg mit Eröffnung der hinteren Siebbeinzellen wählt, dringt Verf. bei chronischem, bisher auf andere Weise erfolglos behandeltem Keilbeinhöhlenempyem durch die gesunde Kieferhöhle vor, eröffnet die Keilbeinhöhle, sich medialwärts vom Siebbeinlabyrinth haltend, unmittelbar über der Choane und durch die Scheidewand hindurch, ev. auch den Sinus sphenoidalis der anderen Seite. Die Wangenschleimhautwunde wird durch Naht geschlossen und die Nachbehandlung intranasal zu Ende geführt. In dem einen auf diese Weise operirten Falle war die Heilung nach drei Monaten vollendet.

F. Alexander (Frankfurt a/M.).

29) **Angiéras.** Sinuso-hydrorrhée maxillaire syphilitique.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otologie et de rhinol. 1901. No. 26.)

Bei einem 23jährigen hereditär syphilitischen Mädchen traten im Gefolge einer chronischen Periostitis des Oberkiefers öfters heftige Schmerzen (Krisen) in der betreffenden Nasen- und Augengegend auf, die jedes Mal nach ausgiebiger Entleerung serösen Sekrets durch die Nase verschwanden. Auf eine antisyphilitische Kur gingen sämmtliche Erscheinungen zurück.

F. Alexander (Frankfurt a/M.).

30) **Angiéras.** Hydrorrhée nasale d'origine parotidienne consécutive à une opération d'empyème du sinus maxillaire.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otologie et de rhinol. 1901. No. 26.)

Nach breiter Eröffnung der Kieferhöhle mittels ausgedehnter Entfernung der vorderen Wand stellte sich eine ungemein reichliche Entleerung dünnflüssigen Sekretes durch die Nasenhöhle der betreffenden Seite ein. Als Ursache ergab sich eine Fistel des Ductus Stenonianus; Kauterisation derselben brachte die Speichelsekretion durch die Nase zum Versiegen. **F. Alexander** (Frankfurt a/M.).

31) **P. Lecène.** Un nouveau cas de tuberculose primitive de la parotide.

(Revue de chir. 1901. No. 4.)

Zu den seltenen Lokalisationen der Tuberkulose gehört die in der Parotis, wie überhaupt in den Speicheldrüsen. Von ersterer sind nur 8 Fälle — und zum Theil nur unzureichend — beschrieben bezw. untersucht.

Die vorliegende Beobachtung ist daher in mancher Beziehung beachtenswerth. Erstens bot das erkrankte Individuum keinerlei sonstige Anzeichen tuberkulöser Herde. Die Infektion der Parotis konnte daher nicht vom Blute aus erfolgt sein. Eben so ist wohl Einwanderung den Duct. Stenon. aufwärts auszuschließen, so dass nur die Lymphbahnen von der Mundhöhle aus die Erkrankung der Drüse vermittelt haben können.

In der Parotis hatte sich eine gut abgegrenzte, abgerundete Geschwulst von der Größe einer Walnuss entwickelt, die eine sichere Diagnose nicht gestattete. Erst der mikroskopischen Untersuchung war es vorbehalten, durch den Nachweis

von Riesenzellen in entzündetem Gewebe und schließlich auch von Tuberkelbacillen die tuberkulöse Natur der Geschwulst erkennen zu lassen.

Christel (Metz).

32) **F. Ardenne.** Sur un cas de périchondrite suppurée primitive et externe du cartilage thyroïde.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otologie et de rhinol. 1901. No. 21.)

Verf. giebt eine Übersicht über die verschiedenen Ursachen der Perichondritis des Kehlkopfes und berichtet im Anschluss daran über einen geheilten Fall von primärem perichondritischem Abscess an der Außenseite des rechten Flügels des Schildknorpels. Intralaryngeal war nichts Pathologisches nachweisbar. Verf. hebt die enorme Seltenheit derartiger Affektionen, deren Existenz von manchen Autoren überhaupt geleugnet werde, hervor. **F. Alexander** (Frankfurt a/M.).

33) **G. Rosciano.** Contribution à l'étude de l'exstirpation totale de larynx.

(Ann. di laring. ed otol. 1901. p. 17.)

R. berichtet über 2 Fälle von totaler Kehlkopfentfernung, mit sofortigem Nahtverschlusse des Schlundes. Die Operirten konnten bereits am Tage der Operation Flüssigkeiten ohne Hilfe der Schlundsonde zu sich nehmen. Einige Tage später gab die Schlundnaht im oberen Wundwinkel nach; die sich bildende Fistel wurde durch Kapillardrainage geheilt; bis zur Heilung geschah die Ernährung durch die Schlundsonde. Die Gefahr der Aspirationspneumonie ist bei dieser Operationsmethode bedeutend vermindert; die Einsetzung eines künstlichen Kehlkopfes ist nicht mehr möglich, doch vermag sich der Kranke vermittels der »Rachensprache« später verständlich zu machen. **Mohr** (Bielefeld).

34) **Goris.** De l'oesophagorraphie après l'extirpation du larynx.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otologie et de rhinol. 1901. No. 25.)

In drei Fällen, in denen Verf. mehr oder minder ausgedehnte partielle Kehlkopfresektionen vornahm, verursachte nach Entfernung der Kanüle der in den Respirationsweg vorgebauchte, seiner früheren Stütze beraubte Speiseröhrentheil Athem- und Schluckbeschwerden. Verf. excidirte einen Theil der Speiseröhre und schloss die so entstandene Öffnung durch die Naht. Danach Aufhören jeglicher Beschwerden. Zwei Fälle wurden vollkommen geheilt. Einer ging an Bronchopueumonie zu Grunde. **F. Alexander** (Frankfurt a/M.).

35) **A. Kudrjaschoff** (St. Petersburg). Spondylitis deformans.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. IX. Hft. 2.)

Die Arbeit beginnt mit der Mittheilung einer Krankengeschichte. Im Anschlusse an einen multiplen Gelenkrheumatismus in Folge von Erkältung entwickelte sich bei dem 42 Jahre alten Pat. eine bogenförmige Kyphose im oberen Abschnitte der Brustwirbelsäule, Atrophie der Rückenmuskulatur und völlige Steifigkeit der ganzen Wirbelsäule mit Ausnahme der mittleren Halswirbel, welche unter Knarren und Schmerzen eine beschränkte Bewegung des Halses zuließen. Druckempfindlichkeit war im oberen Abschnitte der Wirbelsäule deutlicher ausgesprochen als im unteren. Die Diagnose wurde gestellt auf chronische Arthritis deformans der Wirbelsäule (Spondylitis deformans).

Alsdann referirt Verf. über die bisher erwachsene Litteratur unter Gegenüberstellung des Typus Bechterew und des Typus Strümpell-Marie. Darauf folgt die Beschreibung von 6 Präparaten aus dem chirurgischen Museum der militär-medicinischen Akademie in St. Petersburg. Gemeinsam ist diesen Präparaten außer anderen Verschmelzungen die brückenförmige Ankylose der Wirbelkörper. Ein Fall zeigt, welche Gefahr für das Leben in der Erhaltung der Beweglichkeit an einzelnen Stellen enthalten ist. In diesem Falle war nämlich in Folge eines Sturzes eine Verrenkung zwischen dem ersten und zweiten Halswirbel eingetreten, welche den Tod zur Folge hatte. **J. Riedinger** (Würzburg).

36) **F. Krause** (Berlin). **Zur Segmentdiagnose der Rückenmarksgeschwülste, nebst einem neuen durch Operation geheilten Fall.**
(Berliner klin. Wochenschrift 1901. No. 20—22.)

Ein außerordentlich interessanter Beitrag zu dem noch wenig bearbeiteten Gebiete der Rückenmarkschirurgie. K. erwähnt einleitend, dass er seit der Erschließung dieses Gebietes durch Victor Horsley im Jahre 1887, einschließlich der von ihm selbst in dieser Arbeit mitgetheilten 3 Fälle, 32 Fälle von Operation von Rückenmarksgeschwülsten in der Litteratur gefunden habe. Von diesen seien 14 gestorben, 18 geheilt oder gebessert; und zwar seien unter den ersten 20 Fällen 50% mit tödlichem Ausgange, unter den letzten 12 aber nur 33%. Dieser Fortschritt sei zum Theil auf Verbesserung der Technik zurückzuführen, zum größeren Theil jedoch auf die Vervollkommnung der Höhen- oder Segmentdiagnose, die es ermöglicht, weniger verletzend vorzugehen.

Bei allen 3 Fällen war es möglich, die Lage der Geschwulst ohne das Vorhandensein lokaler Anzeichen allein aus den nervösen Erscheinungen richtig zu diagnosticiren, während noch Horsley sich bei seinen Fällen um mehrere Wirbelbogen geirrt hat.

Im 1. Falle konnte K. die im Anschlusse an ein Trauma entstandene nicht bösartige Geschwulst nach Entfernung des 6.—9. Wirbelbogens herausschälen. Operationsdauer 45 Minuten. Keine Unterbindung. Die Pat., die vorher völlig unfähig war, die unteren Extremitäten zu gebrauchen, konnte einige Zeit nach der Operation mit Hilfe des Geländers Treppen ersteigen und am Volkmann-schen Bänkchen allein gehen. Eine völlige Herstellung trat nicht ein; das Leiden hatte $3^1/_2$ Jahre bestanden.

Fall 2 wurde nicht operirt; es handelte sich um Carcinommetastase eines Wirbelkörpers.

K.'s 3. Fall ist 1894 in der Münchener med. Wochenschrift No. 22 bereits veröffentlicht, damals ohne genaue Berücksichtigung der Segmentdiagnose. Es handelte sich um ein Spindelzellensarkom, dessen Entfernung leider nach 4 Tagen vom Tode an Lungenödem gefolgt war.

K. weist darauf hin, dass die Geschwulst immer etwas höher zu suchen ist, als die obere Grenze der nervösen Störungen. Bezüglich der sehr interessanten Einzelheiten bei der Stellung der Segmentdiagnose in den 3 Fällen muss ich auf das Original verweisen.

In einem Nachtrage empfiehlt K. ein vom Privatdocenten Dr. Seiffer konstruirtes spinales Sensibilitätsschema der allgemeinen Beachtung, da dasselbe einem dringenden Bedürfnisse entspreche. **W. Schultz** (Kiel).

37) **T. E. Gordon. A case of cervical rib.**
(Brit. med. journ. 1901. Juni 8.)

Es handelt sich um einen 32jährigen Arbeiter, der früher immer gesund gewesen war. Bei demselben zeigten sich als erstes Symptom Anfälle von Blässe und Taubheit der Finger der rechten Hand. Anfänglich traten diese Anfälle nur Morgens beim Aufstehen auf, später indessen auch während der Arbeit; dabei war zeitweise ein Gefühl der Schwäche der betreffenden Hand zu vermerken. Dann traten Schmerzen und Schwellung an der rechten Hand auf; 3 Monate nach Auftreten der ersten Symptome war der Radialpuls nicht mehr zu fühlen. 1 Monat später erfolgte die Aufnahme ins Krankenhaus. Die rechte Hand war leicht geschwollen, das untere Drittel des Vorderarmes war blauroth und fühlte sich kalt an; Art. radialis ohne Puls, eben so Art. brachialis im unteren Drittel des Oberarmes; das Gefäß war als ein derber Strang zu fühlen. Die Art. subclavia pulsirte heftig, die Frequenz des Pulses betrug 110. Im rechten hinteren Halsdreieck war eine knöcherne Leiste zu fühlen, linkerseits konnte eine solche nicht abgetastet werden. Indessen zeigte das Röntgenbild, dass auch hier eine Halsrippe existirte, nur war dieselbe etwas tiefer gelegen als diejenige der rechten Seite. Es trat Gangrän der Zeigefingerspitze auf, und eben so zeigte der 3. und 4. Finger

Anzeichen beginnender Gangrän. Die rechte Halsrippe wurde entfernt, worauf eine komplete Lähmung des rechten Armes eintrat. Der Zustand der Hand besserte sich indessen, und die Gangrän kam zum Stillstand. Die Schmerzen schwanden, die Lähmung ging allmählich zurück. Wenn der Arm gehoben und nach hinten geführt wurde, verschwand der Puls aus der Art. brachialis und axillaris. Nach Senken des Armes erschien derselbe erst wieder, nachdem eine Rotationsbewegung ausgeführt worden war.

G. bespricht im Anschlusse an die Krankengeschichte die Ursachen, welche zu der Thrombosirung der Arterie geführt haben. Er kommt zu dem Schlusse, dass wahrscheinlich Nerveneinflüsse eine Rolle spielen. Die Anatomie der betreffenden Körpergegend ergiebt, dass die Halsrippe in enger Beziehung zu den 2 untersten Cervicalnerven und dem oberen Dorsalnerven, so wie zu dem unteren Cervicalganglion des Sympathicus steht. Letzteres entsendet mehrere Zweige zu den unteren Stämmen des Plexus brachialis. Für eine Betheiligung des Sympathicus spricht die gesteigerte Herzaktion und die starke Pulsation der Art. subclavia. **Weiss** (Düsseldorf).

38) **F. Smoler.** Über einen 27 Jahre lang beobachteten Fall von Cystadenoma papillare der Schilddrüse.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXI. Hft. 1.)

Es handelt sich in Verf.s Fall um eine Frau, welche nach bereits längerer Beobachtungszeit 1878 im Alter von 37 Jahren zum 1. Male in der Billroth-schen Klinik wegen eines faustgroßen, perforirten Cystadenoma papilliferum der Schilddrüse operirt worden war. Obwohl die völlige Exstirpation nicht gelang, heilte die Wunde aus, und der Geschwulstrest verkleinerte sich. Erst 1881 stellte sich Pat. wieder mit einem ebenfalls perforirten Recidive vor. Ausschabung, neue Vernarbung. 7 Jahre völliges Wohlbefinden, dann neues Recidiv, welches 1897 von Wölfler unter großen technischen Schwierigkeiten exstirpirt wurde. Seither völliges subjektives und objektives Wohlbefinden. Histologisch zeigte die zuletzt exstirpirte Geschwulst im Ganzen dreierlei Haupttypen: den des normalen Schilddrüsengewebes, den des papillären Cystadenoms und endlich den eines bösartigen Adenoms resp. Adenocarcinoms.

Unter Einbeziehung der Fälle der Litteratur hebt Verf. hervor, dass trotz all der klinisch und anatomisch vom Typus der gutartigen Geschwulst abweichenden Eigenschaften das papilläre Cystadenom der Schilddrüse dennoch eine relative Gutartigkeit besitze. Als principieller Unterschied gegenüber den bösartigen Geschwülsten ist das vollkommene Fehlen von Metastasen zu betrachten. Histologisch handelt es sich um ein cystisches Adenom, in dem jedoch ein intensives Wachsthum im Sinne einer papillären Geschwulst aufgetreten ist, und bei welchem die Proliferation schließlich die Wandung durchbrach, um zu gewaltigen Zottenbildungen auszuwachsen. Nur an Orten bedeutender Widerstandsfähigkeit werden statt langer Papillen kurze dicke Zapfen producirt. Die operative Therapie dürfte mit Rücksicht auf die relative Gutartigkeit der Geschwulst bei radikaler Entfernung eine eben so gute Prognose geben wie die Exstirpation gewöhnlicher Kropfknoten. **Honsell** (Tübingen).

39) **W. Kopfstein.** Vier Fälle von eitriger Mediastinitis anterior.

(Vorgetragen auf dem III. Kongresse tschechischer Naturforscher u. Ärzte in Prag. 25.—29. Mai 1901.)

I. 13jähriges Mädchen mit Caries sterni; chronischer Verlauf und Bildung eines mediastinalen Abscesses. Nach Trepanation und Resektion des Brustbeines und Auskratzung trat Heilung ein.

II. 33jähriger Mann. Nach einem stumpfen Trauma entstand ein mediastinaler Abscess mit chronischem Verlaufe und Perforation zwischen der 3. und 4. Rippe unter dem rechten M. pectoralis. Incision, Resektion des Brustbeinrandes und der angrenzenden Rippen und deren Knorpel. Heilung.

III. Akute Phlegmone des Mediastinum nach Phlegmone des Halses post extractionem dentis. Kontraincision im 2. Interkostalraume und Drainage. Tod an Sepsis.

IV. 18jähriger Jüngling. Metastatischer Abscess im Mediastinum nach Typhus abdominalis. Der Eiter brach rechts im 2. Interkostalraume, dann nahe dem Proc. xiphoid. im 5. Interkostalraume und schließlich am Halse zwischen dem linken M. scalenus ant. und dem Kopfnicker durch. Erweiterung der Perforationsöffnungen und Drainage. Der Eiter senkte sich in die Herzgegend, bildete rings um den Herzbeutel einen Abscess, der zwar incidirt wurde, aber trotzdem noch in die linke Pleurahöhle durchbrach. Resektion einer Rippe. Heilung.

G. Mühlstein (Prag).

40) N. Amburger. Zur operativen Behandlung der Brustwand- und Mediastinalgeschwülste.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 3.)

A. schildert zunächst 6 einschlägige Fälle aus der Czerny'schen Klinik. In den beiden ersten handelte es sich um Sarkome des Brustbeines, in 2 weiteren um mediastinale Geschwülste, ausgegangen von der Membrana sterni posterior resp. der Außenseite der Brust; die beiden letzten Fälle betreffen Rippengeschwülste. Die Diagnose war stets ohne Schwierigkeit zu stellen. Jeweils war ein mehr oder minder großes Stück der Brustwand entfernt worden, wobei, mit Ausnahme eines Falles, stets die Pleura eröffnet wurde; außerdem musste im letzten Falle ein Theil des Zwerchfells resecirt werden. Stürmische Erscheinungen im Anschluss an den Pneumothorax sind nie beobachtet worden, dagegen traten 4mal nach der Operation entzündliche Processe in der Wunde bezw. in der Pleurahöhle auf, die in 2 der Fälle zum Tode führten. 3mal kam es später wieder zu Recidiven; 1 Fall kann als dauernd geheilt betrachtet werden.

Unter Einbeziehung der verwerthbaren Fälle aus der Litteratur sind bisher 56mal Geschwulstoperationen am Brustkorb mit Eröffnung der Pleura ausgeführt worden. In 17 derselben erfolgte der Tod bald nach der Operation; 20mal traten Recidive auf, 19 Fälle blieben, so lange sie beobachtet wurden, geheilt. Um die Folgen des Pneumothorax zu vermeiden, sind die verschiedensten Maßregeln ergriffen worden. Als sicherstes Mittel, die Lunge bei offener Pleurahöhle funktionsfähig zu erhalten, darf wohl die Pneumopexie (Bayer, Krause, Gross) angesehen werden. In 11 Fällen wurden Theile der Lunge mitresecirt, und zwar 3mal mit Ausgang in Heilung. Verletzungen des Herzbeutels dürften nach der bisherigen Erfahrung die Prognose nicht verschlimmern. Auch bei Ergriffensein des Zwerchfells hat die chirurgische Behandlung noch günstige Resultate gezeitigt, und es braucht daher auch diese Komplikation an sich noch keine Gegenindikation gegen einen radikalen Eingriff zu bilden. **Honsell** (Tübingen).

41) C. A. Ewald. Ein unter dem Bilde eines Mediastinaltumors verlaufenes Aortenaneurysma.

(Berliner klin. Wochenschrift 1901. No. 8.)

Eine 43jährige Frau zeigte Cyanose des Gesichtes, Halses, der Ohren und Hände, Schiefhaltung des Kopfes, Anschwellung der cyanotischen Partien, Dyspnoë, vom Beckengürtel aufsteigende Netze von Venensträngen, anscheinend normale Herzverhältnisse. Die Obduktion ergab ein Aortenaneurysma, welches die V. cava sup. komprimirte. Die vorhandene Dämpfung am Brustkorbe im Zusammenhalte mit dem Röntgenbilde und den geschilderten Kompressionserscheinungen ließ nur an eine Mediastinalgeschwulst denken. **Schulz** (Barmen).

42) J. M. Flerow. Über traumatische Herzrupturen.

(Medicinskoje Obosrenje 1901. März. [Russisch.])

Ein kräftiger Mann, 40 Jahre alt, erhielt einen Schlag mit der Deichsel gegen das Brustbein. Tod nach etwa einer halben Stunde. Sektion: Fraktur des Brust-

beines, der 2.—4. Rippe rechts und der 4. Rippe links vom Brustbeine. Perikard und Pleuren unversehrt; im Perikard etwa 270,0 Blut; am Herz, am rechten Atrium in der Nähe des Herzohrs eine 1,5 cm lange Ruptur.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

43) **Perthes.** Erfahrungen bei der Behandlung des Empyems der Pleura.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VII. Hft. 4 u. 5.)

P. giebt die Erfahrungen wieder, die er an einem größeren Materiale mit seiner Methode der Luftverdünnung zur Heilung des Pleuraempyems gewonnen hat. Das Material setzt sich zusammen aus 12 frischen, unkomplicirten Fällen, 11 älteren, zum Theil veralteten Fällen, 8 Fällen mit Komplikationen (Lungengangrän, Lungentuberkulose, subphrenischem Abscess). Von diesen sind 25 mit Aspiration behandelt, während 7 von vorn herein für das Verfahren nicht geeignet erschienen.

Als frische, unkomplicirte Fälle sind solche zu betrachten, welche rechtzeitig, d. h. innerhalb der ersten 6 Wochen zur Operation kommen. Von 12 derartigen waren 6 Pneumokokken-, 4 Streptokokkenempyeme. Sie heilten sämmtlich unter Aspirationsbehandlung; nie blieb eine Fistel, welche etwa zu einer sekundären Thorakoplastik genöthigt hätte. Die durchschnittliche Heilungsdauer bis zum vollständigen Schluss der Wunde betrug 58 Tage, war also kürzer, als in den meisten anderen Statistiken.

Bei veralteten chronischen Empyemen ist es von ausschlaggebender Bedeutung, vorher genau zu konstatiren, ob sich der Fall überhaupt für die Aspirationsmethode eignet, oder nicht. Man muss zu diesem Zwecke feststellen die Kapacität der Höhle, ihre Lage und räumliche Ausdehnung, die Wiederausdehnungsfähigkeit der Lunge, so wie das etwaige Vorhandensein von Kommunikationen zwischen der Empyemhöhle und den Bronchialverzweigungen. Letztere Komplikation schließt natürlich das Aspirationsverfahren von vorn herein aus. Die Methoden, genannte Punkte festzustellen, werden ausführlich besprochen. Unter den 11 veralteten Fällen wurden 5 mit dem Aspirationsverfahren völlig geheilt. Bei den übrigen kam es entweder nur zu einer wesentlichen Verkleinerung der Höhle, oder es wurde noch eine — wenn auch sehr wenig umfangreiche — Thorakoplastik nöthig, oder es musste wegen Schmerzen des Pat. die Behandlung abgebrochen werden; 2 Fälle wurden von vorn herein als ungeeignet von dem Verfahren ausgeschlossen.

Unter den Fällen mit Komplikationen werden zunächst diejenigen von Lungenabscess und Lungengangrän besprochen. P. beobachtete 3 derartige; 1 heilte, 2 starben. Mit Aspiration wurde keiner behandelt. Lungenfisteln begegnete P. in 7 Fällen; 1 blieb ungeheilt, 6 heilten; bei dreien war durch die Fistel nicht einmal die Anwendung des Aspirationsverfahrens dauernd unmöglich, da die Fistel sich wieder schloss oder von der eigentlichen Empyemhöhle abgeschlossen blieb. Unter den mit Lungentuberkulose komplicirten Fällen handelte es sich 2mal um ein akutes, nicht tuberkulöses Streptokokkenempyem; beide Male Heilung des Empyems. Einmal wurde ein rein tuberkulöses Empyem beobachtet und mit Injektionen von Jodoformöl behandelt; der Kranke ging an seiner rasch fortschreitenden Lungentuberkulose zu Grunde. Komplikation mit subphrenischem Abscess lag 3mal vor; stets war Ursache Perityphlitis. Alle wurden zur Heilung gebracht. Das Aspirationsverfahren ist dabei zu empfehlen. **Haeckel** (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 43. **Sonnabend, den 26. Oktober.** **1901.**

Perimetrische Buckelmessung.

Von
Dr. **Carl Deutschländer** in Hamburg.

Für die Messung der pathologischen Form- nnd Gestaltsveränderungen der Wirbelsäule und des Brustkorbes sind eine ganze Reihe von Verfahren angegeben — Hoffa zählt in seinem Lehrbuche der orthopädischen Chirurgie einige 30 auf —, aber keins von diesen erfreut sich einer allgemeineren Verbreitung, da sie entweder zu unzuverlässig oder zu komplicirt oder zu kostspielig sind, und so bildet die objektive Beurtheilung der Deformirungen des Thorax einen wunden Punkt in der Pathologie dieser Erkrankungen. Wohl lassen

sich mit den Messapparaten von Schulthess, Zander, v. Heinleth u. A. nach gehöriger Einübung exakte Messbilder herstellen, aber nicht Jeder ist in der Lage, sich derartige komplicirte und kostspielige Apparate anzuschaffen, und auch nicht Jeder hat einen Röntgenapparat zur Verfügung, mittels dessen er regelmäßig die Veränderungen am Knochenskelett verfolgen kann, abgesehen davon, dass dieses Verfahren recht kostspielig ist, namentlich wenn die sehr empfehlenswerthen stereoskopischen Röntgenaufnahmen gemacht werden.

Die gewöhnliche Photographie ist als wissenschaftliche Messmethode völlig unzuverlässig und nicht verwerthbar, mag man sie mit oder ohne Fadenkreuze ausüben; höchstens besitzen die stereoskopischen Aufnahmen einige Bedeutung.

Seit einiger Zeit wende ich ein Verfahren an, das mir ermöglicht, ohne großen Aufwand von Zeit und Mühe objektiv sichere Messungen am deformirten Brustkorb auszuführen, und das ich zur Nachprüfung empfehlen möchte. Ich gehe in folgender Weise vor: Der Pat., dessen Skelettveränderungen ich regelmäßig zu kontrolliren beabsichtige, wird in Bauchlage auf einen flachen Tisch gelegt, die Arme desselben werden rechtwinklig zum Brustkorb abducirt. Sodann wird mittels einer oder zweier Gipsbinden ein genauer Rückenabdruck gemacht, wie derselbe bereits von Beely, Tilmann u. A. empfohlen worden ist. Nach dem Erhärten wird die Gipsschale abgenommen und auf der Höhe der Konvexität ein Loch gebohrt. Dieser Gipsabdruck ist nun der Buckelmesser.

Will man feststellen, ob nach einiger Zeit am Skelett Veränderungen eingetreten sind, so wird der Gipsabdruck auf seiner Innenfläche mittels einer Flamme vollständig eingerußt. Der Pat. kommt in dieselbe Lage, die er bei der Anfertigung des Buckelmessers eingenommen hat, und nun wird die in der angegebenen Weise vorbereitete Gipsschale ohne Anwendung jeden stärkeren Druckes auf den Rücken des Pat. gelegt. Durch das Loch auf der Höhe des Buckels führt man einen Blaustift oder einen anderen markirenden Gegenstand ein. Nimmt man die Gipsschale ab, so wird an den Stellen, wo eine Abflachung eingetreten ist, der Rücken des Pat. keine Rußfärbung annehmen, da keine Berührung mehr stattfindet. Da man mittels des Blaustiftes einen festen Punkt markirt hat, so kann man mit Leichtigkeit im ganzen Umkreis durch Messung die Grenzen feststellen, bis zu denen eine Berührung stattgefunden hat, und es lassen sich ohne Weiteres die gefundenen Zahlen in ein perimetrisches Schema eintragen, wie es bei den Ophthalmologen zur Bestimmung der Gesichtsfeldgröße üblich ist. Es bedarf wohl keiner besonderen Erwähnung, dass man auch die Rußzeichnung des Gipsabdruckes selbst mittels Schellacklösung fixiren oder auch das Rußbild des Rückens auf einem weißen Bogen Papier abdrücken und fixiren kann.

Hat keine Abflachung, sondern eine Zunahme des Buckels stattgefunden, so wird sich auf dessen Höhepunkt ein stärkerer Ruß-

abdruck bilden, während die Peripherie frei bleibt. Jedenfalls ermöglicht die Betrachtung der Rußbilder und deren perimetrische Darstellung eine objektive Beurtheilung der Formverhältnisse des Buckels.

Will man sich gleichzeitig über Veränderungen der Wirbelsäule orientiren, so muss man sich bei der Anfertigung der Gipsschale diejenigen Punkte der Wirbelsäule, die für die Messung in Betracht kommen, gleichfalls durch Löcher markiren. Bei einer späteren Messung führt man durch diese Löcher einen Blaustift ein, und aus dem Abstand bezw. dem Zusammenfallen der korrespondirenden Punkte lässt sich leicht ein Schluss bezüglich der eingetretenen Veränderungen ziehen.

Zwei Dinge sind jedoch unbedingt nöthig, wenn das Verfahren irgend welchen Anspruch auf Objektivität erheben darf: erstens muss das Messobjekt stets die gleiche Lage bei jeder Messung einnehmen, zweitens muss die Gipsschale stets in gleicher Weise auf dieselben Stellen des Rückens gelegt werden.

Hinsichtlich des ersten Punktes empfehle ich das Messen in Bauchlage auf einem flachen, ungepolsterten Tische. Ehe man die Messung vornimmt, wartet man einige Minuten, bis völlige Ruhelage ohne jede Muskelanstrengung eingetreten ist; die Arme werden rechtwinklig abducirt, der Kopf nach der Seite des Buckels gedreht. Diese Lagerung lässt sich leicht in gleichmäßiger Weise wiederholen. Den belasteten Brustkorb zu messen, halte ich nicht für rationell, weil hierbei die Haltung zu sehr unter dem Einflusse der Muskelthätigkeit steht, deren Wirkung zu verschiedenen Zeiten äußerst verschieden ist. Es ist ja eine bekannte Thatsache, dass Anstrengungen, Gemüthsstimmungen etc. in Folge der Beeinflussung der Muskulatur die Haltung des Rumpfes in ziemlich weiten Grenzen variiren. Nur dann haben Messbilder des belasteten Brustkorbes einen gewissen Werth, wenn sie mit den in Bauchlagerung aufgenommenen Messbildern korrespondiren.

Die zweite Forderung lässt sich leicht durch die Technik der Anfertigung des Rückenabdruckes erfüllen. Man muss bei der Herstellung desselben darauf achten, dass die Linien des Halses, der Schulter und der Achselhöhle, so wie der Darmbeinkämme und der Glutäalfurche gut ausgeprägt werden. Man besitzt hierdurch eine ganze Reihe von Punkten, welche stets ein gleichmäßiges Auflegen der bewussten Gipsschale gewährleisten.

In dieser Weise durchgeführt, ist das Verfahren meines Erachtens ein einfaches Mittel zur objektiven Beurtheilung von Niveaudifferenzen am Rücken, das sich auch unter den einfachsten Verhältnissen anwenden lässt. Man ist hiermit in den Stand gesetzt, selbst geringfügige Veränderungen eines Gibbus zu erkennen, was für die Frage des Fortschreitens einer Skoliose, eines traumatischen Gibbus, einer Wirbelcaries, der Kümmell'schen Krankheit, Arthritis deformans etc. von größter Wichtigkeit ist.

---

1) **G. Gayet et L. M. Bonnet.** Contribution à l'étude des osteomalacies.

(Revue de chir. 1901. No. 1 u. 2.)

Die Osteomalakie kann lokalisirt und als allgemeine Knochenerkrankung auftreten; beide Formen sind verschieden in ihren Ursachen: die der lokalen sind in Traumen und entzündlichen Vorgängen (Tuberkulose), die der allgemeinen wesentlich in Ernährungsschädigungen des gesammten Organismus zu suchen.

Eine anatomische Scheidung in verschiedene Arten der Osteomalakie erscheint bei genauer Vergleichung der Objekte nicht gerechtfertigt. Allen ist die fundamentale Eigenschaft des Schwundes der Kalksubstanz gleich; dabei kann diese einfach herausgeschwemmt erscheinen: d. h. die osteoide Substanz bildet gleichmäßige Schichten ohne Ausbuchtungen, mit glatten Rändern; in anderen Fällen bestehen zahlreiche Lakunen. Hier findet sich neben der Dekalcination noch Knochenneubildung, dort — besonders bei senilen Formen — völliger Schwund der Knochensubstanz und Ersatz durch fibrilläres Gewebe. Auch das Knochenmark, in allen Fällen verändert, ist bald fett, bald abnorm zellenreich und mit vielen Riesenzellen durchsetzt.

Wodurch entsteht diese Gleichgewichtsstörung im Kalkgehalt des Knochens zu Gunsten der Auflösung und Fortschwemmung?

Die verschiedensten Theorien sind aufgestellt, zahlreiche Experimente ausgeführt zur Klärung der Frage. Bei den lokalen Processen mit vorausgegangenem Trauma kommen nervenreflektorische Wirkungen in Frage; anders bei den allgemeinen. Hier wurden zuerst verschiedene Säuren (Milchsäure z. B.) beschuldigt. Hingegen war bei Thieren selbst anhaltende Milchsäurefütterung nicht im Stande, der Osteomalakie ähnliche Störungen hervorzurufen.

Demnächst wurde die abnorme interne Sekretion der Ovarien nach verschiedener Richtung angeschuldigt; z. B. sollte eine abnorme Phosphatabscheidung hervorgebracht werden. Verf. selbst hat in dieser Hinsicht Versuche an schwangeren Kaninchen vorgenommen und diesen Glycerin-Ovarialextrakt eingespritzt. Es stellte sich da zum Theil beträchtliche Steigerung des Phosphatgehaltes im Urin heraus. Doch müsste nach Ansicht des Ref. noch erwiesen werden, ob Injektionen von 10—25 g Glycerin nicht ebenfalls bei Kaninchen in diesem Sinne wirken; und eine selbst hochgradige Phosphaturie ist noch keine Osteomalakie. Dass endlich auch mikrobiäre Einflüsse (Micrococcus nutrificans) als Ursache für die Osteomalakie herangezogen wurden, sei nur erwähnt.

Neben der abnormen Thätigkeit beim Weibe kommen Vorgänge wie perniciöse Anämie u. A. beim Mann ätiologisch in Frage.

Bei lokalen Processen, Deformitäten z. B. und großer Schmerzhaftigkeit, ist chirurgisches Eingreifen indicirt und erfolgreich ausgeführt.

Christel (Metz).

2) **Phelps.** Traitement des arthrites tuberculeuses et purulentes par le drainage avec des tubes de verre et par l'acide phénique pur (avec un rapport sur 70 cas).

(Revue d'orthopèdie 1901. No. 1.)

Die Gelenkeiterungen, auch die fungösen, will der amerikanische Orthopäde nicht anders behandelt wissen, wie eine Appendicitis; sie sollen frühzeitig, so wie nur der Abscess festgestellt ist, durch Schnitt freigelegt werden, wodurch nicht nur die hohen Sterblichkeitsziffern zum Verschwinden kommen sollen, sondern auch die Resektionen mit all ihren ungünstigen Folgen der Verkürzung etc. allermeist vermieden werden könnten. Im gegebenen Zeitpunkt muss man durch eine sorgfältige Durchforschung des Gelenkinneren den Zustand desselben übersehen und durch Kratzen, Ausschneiden die erkrankten Theile ausschalten können. Das hervorragende Mittel zur radikalen Ausheilung der Gelenkeiterungen, welchem er seine vorzüglichen Erfolge zu verdanken glaubt — er beschränkt sich in seinen Ausführungen nur auf seine Erfahrungen beim Hüftgelenk — ist aber die reine Karbolsäure, aus deren Berührung mit dem Eiweiß er hypothetischerweise ein die bakteriellen Toxine paralysirendes Albuminat hervorgehen lassen möchte. Denn die Wirkung ist hier, wie beim Erysipel, in Bezug auf Temperaturherabsetzung, auf die lymphangioitische Infektion eine durchaus antiseptische. Zu seiner Technik gehört ferner aber die Anwendung sehr weiter Glasröhren (ca. $^3/_4$—6 cm im Durchmesser), durch welche Verf. bis auf den Grund des Gelenkes sehen kann, um die Veränderungen Tag für Tag zu kontrolliren, durch welche hindurch er von Neuem die Karbolsäure einwirken lassen, durch Verbandstoffe drainiren kann etc. Sein Verfahren ist folgendes: Breite Eröffnung des Gelenkes, um es in allen seinen Theilen übersehen zu können; der Kopf wird ausgerenkt, die kranken Theile abgekratzt, 0,1%iges Sublimat. Dann wird das Gelenk angefüllt mit reiner Karbolsäure, welche eine Minute darin bleibt und dann durch reinen Alkohol ersetzt wird; der letztere wird mit 2%iger Karbolsäurelösung ausgespült. An Stelle der weiteren Wundversorgung mittels Ausstopfung, Naht oder dgl. werden dann die weiten Glasröhren eingeführt, bei größeren Knochenhöhlen auch mehrere, durch welche hindurch die weitere Behandlung stattfindet. Dazu kommt die Extension mit 9—12 Pfund. Bei den 70 Hüfteiterungen hat Verf. 20 Resektionen ausgeführt, durch seine geschilderte Behandlung aber mindestens 30 Resektionen sich erspart. Bei den 50 nicht resecirten Fällen hat er fast jedes Mal größere Knochentheile entfernt; 15mal lag der Kopf als Sequester abgelöst vor. Die Fälle datiren aber aus den letzten beiden Jahren bis zur letzten Woche vor der Veröffentlichung; über eine Nachuntersuchung der älteren Fälle ist Nichts berichtet.

Herm. Frank (Berlin).

3) **F. Schultze** (Duisburg). Zur Technik der Exartikulation der größeren Gelenke.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 150.)

S. empfiehlt Behufs blutlosen Operirens bei den Exartikulationen der größeren Gelenke die zu trennenden Weichtheile erst nach vorgängiger Umstechung und Abbindung zu durchschneiden. Er gebraucht die bekannten langen Klemmzangen nach Richelot-Doyen. Nach Vollendung der Hautlappenschnitte werden die sämmtlichen Weichtheile in mehreren großen Bündeln versorgt. Verf. schiebt die Klemmzange geschlossen unter die vorzunehmenden Muskelbündel, öffnet sie dann weit, um Platz zu schaffen, wonach zugeklemmt wird. Dann beiderseitige Unterbindung des Bündels, distal mit beliebigem starkem Faden, proximal mit dünner Seide oder Katgut. Trennung des Bündels zwischen den Ligaturen, wobei der centrale Stumpf möglichst lang zu lassen ist. Regelrechte Versorgung der großen Gefäßstämme, Resektion der Nerven etc. S. hat nach dieser Methode eine Oberschenkel- und 2 Oberarmexartikulationen mit Glück ausgeführt. Für die Oberschenkelexartikulation befürwortet er eine Beseitigung des Gelenkpfannenhohlraumes durch Glattmeißelung desselben, zur Hautvereinigung die von ihm angegebene fremdkörperfreie, sog. »Klemmnaht« (cf. unser Blatt 1900 p. 1026).

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

4) **C. Ghillini** und **S. Canevazzi** (Bologna). Betrachtungen über die statischen Verhältnisse des menschlichen Skeletts.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. IX. Hft. 2. — Wiener klin. Wochenschrift 1901. No. 23.)

Unter Anerkennung der Verdienste Albert's, dessen Andenken die Arbeit gewidmet ist, weisen die Verff. darauf hin, dass einzelne von Albert aufgeworfene Fragen über das Zustandekommen der Deformitäten der unteren Extremitäten von ihnen schon beantwortet seien. Ausgehend von der Bedeutung des Druckes, unterwerfen sie insbesondere die Ergebnisse, die Albert an einem Leichenpräparat durch experimentelle Belastung und Fixation der unteren Extremitäten in verschiedenen Stellungen gewonnen hat, einer Nachprüfung am Lebenden. Sie kamen dadurch zu ganz anderen Resultaten und zur Überzeugung, dass die Verfolgung der Bewegungen in physiologischen Grenzen nicht zur Erklärung der Deformitäten hinsichtlich ihrer Entstehung hinreiche. Den Schluss der Arbeit bilden einige Bemerkungen über die Knochenform. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

5) **A. Schanz.** Über die mechanischen Gesetze der Skoliosenbildung.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. IX. Hft. 2.)

Die Überlastungsverbiegung der Wirbelsäule muss nach denselben Gesetzen und in denselben Formen erfolgen, wie sich eine

elastische, senkrecht stehende und mit ihren Endquerschnitten an Horizontalebenen gebundene elastische Tragsäule unter Überlastung verbiegt. Somit haben wir die Erklärung für eines der wichtigsten Gesetze in der Skoliosenbildung, nämlich das Gesetz, dass zu jeder skoliotischen Krümmung 2 Gegenkrümmungen gehören. Durch den Einfluss der antero-posterioren Krümmung kommt die skoliotische Wirbelsäule in eine Diagonalebene zu liegen, und so entsteht die rebenförmige Biegung.

Nach Ansicht des Verf. bewirkt nun weiter die Wirbelbogenreihe eine statische Verstärkung der Wirbelkörperreihe. Es wäre somit die Anschauung H. Meyer's von der größeren Kompressionsfähigkeit der Bogenreihe nicht richtig. Da ferner bei einer Überlastung die nicht verstärkten Theile höher überlastet werden als die verstärkten, so erklärt sich nach S. hieraus das Phänomen der Torsion. Die Veränderungen, welche die Keilwirbel, die Zwischenwirbel und die Schrägwirbel erlitten haben, stellen mechanische Nothwendigkeiten dar. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

6) **W. Krahulik.** Über Scoliosis ischiadica.

(Vortrag, gehalten auf dem III. Kongress tschechischer Naturforscher und Ärzte in Prag. 25.—29. Mai 1901.)

Diese Krankheit war in den 5 Fällen des Autors bedingt durch Kontraktion der seitwärts an der Wirbelsäule inserirenden Muskeln und nicht durch abnorme Haltung der Extremitäten und des Beckens. Die Ursache für die Muskelkontraktur muss in einer Entzündung des Plexus lumbosacralis und lumbalis gesucht werden. Die Kontraktur kann verschiedene Muskeln zu beiden Seiten der Wirbelsäule betreffen; sie entsteht theils reflektorisch auf der gesunden Seite, theils durch Überwiegen der entzündeten motorischen Fasern auf der kranken Seite; die Wurzelentzündung kann auch auf die gesunde Seite übergreifen. Die Form der Deformität der Wirbelsäule hängt von der Resultirenden der Muskelkräfte ab. Demgemäß findet man theils eine gerade Wirbelsäule, theils heterologe, theils homologe Skoliose; mit fortschreitender Neuritis kann bald plötzlich, bald allmählich eine Form in die andere übergehen. **G. Mühlstein** (Prag).

---

7) **A. Schanz** (Dresden). Das Redressement schwerer habitueller Kyphosen.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 29.)

Die von S. angewandten Maßnahmen bestanden, gleich den bei fixirten schweren Skoliosen üblichen, zunächst in Mobilisirung der kontrakten Wirbelsäule mittels forcirter Extension und direkten lordosirenden Druckes auf den Scheitel der Krümmung mit nachfolgender Anlegung eines von den Trochanteren bis auf den Hals reichenden Gipsverbandes; event. wurde nach einigen Tagen zur weiteren Korrektion der Deformität das Redressement etc. wiederholt.

Der Gipsverband wurde jedoch nach wesentlich kürzerer Zeit — ca. 6 Wochen — als bei der Skoliose durch einen portativen Apparat ersetzt, der den Zweck hatte, entlastend für die Wirbelsäule zu wirken und eine korrigirende Wirkung im Sinne der Korrektion der Deformität zu entfalten — Stützkorsett, event. mit Kopfstütze und einem über die Höhe der Rückenkrümmung von den Armstützen aus verlaufenden Gummizug. Nachts wurde ein Gipsbett angewandt. Die erreichten Resultate waren sehr günstige. **Kramer** (Glogau).

---

8) **Bothezet.** L'arthrodèse scapulo-humérale dans le traitement de la luxation paralytique de l'épaule.

(Revue de chir. 1901. No. 5—7.)

Die Arbeit behandelt das Thema umfassend und ausführlich, was freilich bei der relativen Jugend der Operation und der noch geringen Zahl der einschlägigen Fälle nicht so schwierig ist. Vor Allem hat B. die genaue Abgrenzung der Indikationen und die Aufstellung der Technik sich zur Hauptaufgabe gemacht.

Nur seltene Fälle sind für die Operation geeignet. Es sind die (Kinder-) Lähmungen, welche den M. deltoides und die am Schulterblatt entspringenden Rollmuskeln des Oberarmes betreffen, event. noch die Muskulatur des Ellbogens. Dagegen muss die Funktion des Levator scapulae, des Trapezius und des Serrat. major so wie einiger Gruppen oder sämmtlicher Muskeln des Unterarmes erhalten sein.

Eine weitere Vorbedingung ist der Nachweis, dass die Lähmung der Schulter eine absolute, durch Massage und Elektricität nicht mehr heilbare sei. Dieser kann als erbracht gelten, wenn nach 3monatlicher sachgemäßer Behandlung weder faradische noch galvanische Erregbarkeit der Muskeln erhalten blieb, wenn vielmehr die Atrophie besonders des Deltoides eine vollständige geworden ist. Oft gelingt es, die Wiederherstellung der Muskelfunktion anzubahnen und zu beschleunigen, wenn die paralytische Schulterverrenkung durch entsprechende Apparate gehoben ist.

Wenn aber die Vorbedingungen, d. h. 1) auf die Schultergelenk- (event. einschließlich Ellbogen-) Muskeln beschränkte, 2) unheilbare Lähmung da sind, dann soll die Arthrodese nicht länger hinausgeschoben werden; denn 1) wird dem weiteren Umsichgreifen der Inaktivitätsatrophie vorgebeugt; 2) bleibt das betreffende Glied nicht weiter im Wachsthum zurück.

Die Technik der Arthrodese ist verhältnismäßig einfach: nach Öffnung des Gelenkes durch vorderen Längsschnitt werden Synovialis und Knorpel so weit möglich excidirt bezw. abgekratzt; der Oberarm wird im Winkel von etwa 45° einwärts gerollt, sein Kopf durch 2 Metalldrähte an Gelenkpfanne und Akromion festgeheftet. Wenn andere Autoren — z. B. Wolf — eine knöcherne Ankylose nicht

erzielten, so ist zum Theil die Nachbehandlung daran Schuld. B. hält eine 7—8wöchige Immobilisirung für nöthig.

Wo die Muskulatur des Ellbogens auch gelähmt ist, wird zweckmäßig auch dieses Gelenk zur spitzwinkligen Ankylose gebracht werden.

Unter entsprechenden Bedingungen hat B. 3mal die Arthrodese des Schultergelenkes, einmal mit der des Ellbogengelenkes zusammen, ausgeführt und recht ermuthigende Resultate erzielt.

Christel (Metz).

---

9) **Eigenbrodt.** Über isolirte Luxationen der Carpalknochen, speciell des Mondbeins.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 3.)

Verf. giebt zunächst 4 interessante Fälle von isolirter Verrenkungen des Os lunatum wieder, welche ihm sämmtlich unter der Diagnose »typische Radiusfraktur« zugegangen waren. Wie des weiteren ausgeführt wird, sind am Os capitatum vollständige Verrenkungen überhaupt noch nicht beschrieben worden, und auch die dorsalen Subluxationen desselben sind eigentlich nur inkomplete Verrenkungen im Intercarpalgelenk. Verrenkungen des Multangulum majus und minus wurden je 4mal, solche des Os pisiforme 5mal, des Os hamatum 3mal beobachtet. Entschieden häufiger wiederum sind Verrenkungen des Naviculare (9 Fälle), die wichtigste Rolle endlich spielen die Verrenkungen des Lunatum, deren Kasuistik einschließlich Verf.s eigener Fälle 24 Beobachtungen umfasst; hierzu kommen noch 3 weitere, in welchen das Lunatum mit dem Naviculare oder einem Stück des letzteren zusammen verrenkt war. Pathologie und Therapie der Mondbeinluxationen werden eingehend erörtert.

Honsell (Tübingen).

---

10) **L. Jeanbrau.** Note sur le traitement de la syndactylie par le procédé de Didot perfectionné. Technique de M. le prof. Forgue.

(Revue d'orthopèdie 1901. No. 1.)

Die Forgue'sche Änderung des bekannten Verfahrens besteht in Zuhilfenahme eines langen rechteckigen Lappens aus der Rückenhaut der Hand. Derselbe wird durch Drehung des Stiels am Fingeransatz in die Lücke eingesetzt, welche der eine etwas schmäler genommene Lappen aus der Haut des einen Fingers übrig lässt. Handelt es sich z. B. um eine Verwachsung des 3. und 4. Fingers, so wird die Rückenfläche des 4. Fingers breit weggenommen, um den 3. Finger ganz zu decken; der aus der Beugefläche des 3. Fingers genommene Lappen ist aber zu kurz, um den 4. Finger zu decken, und dazu dient der Ersatzlappen aus dem Handrücken.

Herm. Frank (Berlin).

---

11) **F. König.** Erkrankungen des Hüftgelenkes.

(Berliner klin. Wochenschrift 1901. No. 3.)

I. Die Coxitis gonorrhoica. Davon beobachtete K. 20 Fälle, 11 bei Frauen, 9 bei Männern. Manche Fälle verlaufen mild, in den meisten Fällen aber treten intensive Schmerzen auf, entweder sofort beim Beginne der Erkrankung oder sich steigernd im Verlaufe einiger Tage. Die geringste Bewegung verursacht gewaltige Schmerzen. In einigen wenigen — leichten — Fällen steht das Bein normal. Die schweren Fälle zeigen Stellungsanomalien, und zwar entweder mäßige Flexion mit Adduktion und Außenrotation, so dass das kranke Glied bei horizontaler Rückenlage verlängert erscheint, oder, was für später viel gefährlicher ist, Flexion mit Adduktion und Innenrotation, was scheinbare Verkürzung bewirkt. In diesen Fällen tritt später reelle Verkürzung ein. Das Röntgenbild zeigt den Gelenkkopf in Subluxationsstellung. Entsprechend der Stellungsanomalie findet sich Beweglichkeitsbehinderung. Sehr konstant ist die Schwellung des Gelenkes, zumeist an der Vorderseite, hier manchmal mit fluktuirendem, selten phlegmonösem Charakter. Im akuten Stadium findet sich hohes, atypisches Fieber. Manchmal heilt die Krankheit völlig aus. In den meisten Fällen aber resultirt eine Verkürzung des Beines mit größerer oder geringerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit und der Bewegung. Doch lässt sich dieser Ausgang bei geeigneter Behandlung wohl vermeiden, er rührt von der Miterkrankung der Gelenksknorpel und Gelenksknochen her. Das wichtigste bei der Behandlung ist ein Extensionsverband zur Druckentlastung. Die Extensionsbehandlung kann auch dann noch eingeleitet werden, wenn der Kranke schon mit einer Kontraktur behaftet ist. Bestehende Ankylose wird nach den sonstigen chirurgischen Regeln behandelt.

II. Arthritis deformans coxae. Malum coxae senile. Dieselbe ist nicht mit chronischem Rheumatismus identisch. Sie ist eine ausgesprochene Panarthritis. Der Knorpel wird aufgefasert, an seine Stelle tritt funktionell der subchondrale Knochen, vom Rande der Gelenkflächen entstehen eigenthümlich geformte, knorpelüberzogene Knochenneubildungen. Das Kugelgelenk der Hüfte wird zu einem einachsigen Walzengelenk, welches den Gang der Bewegung bestimmt. Der Gelenkkopf bekommt schließlich die Form eines Pilzes, welcher bald mit seiner Gelenkfläche immer schmäler und schmäler wird. Manche von den neugebildeten Knorpeln und Knochenplatten sind frei geworden und stellen die Gelenkmäuse dar. Die Krankheit beginnt mit Schmerzen in der Hüfte und im Knie, manchmal mit reibenden, knirschenden Geräuschen im Hüftgelenke, einem Gefühle der Steifigkeit am Morgen und Behinderung, insbesondere der seitlichen Bewegung. Nach und nach stellt sich der Fuß in Innenrotation. Dabei bleibt es bei Vielen. Andere werden von heftigeren, bald periodisch, bald bei jeder Bewegung auftretenden Schmerzen

geplagt. In progressiven Fällen tritt schließlich eine mehr oder weniger totale Versteifung der Hüfte auf. Am Schenkelhalse findet man eine harte Schwellung, und zwar auf der Vorderseite zwischen der Stelle, an welcher sich der Gelenkkopf befindet, und dem vorderen Rande des Trochanter. Dazu kommt oft noch eine geringe Verkürzung des Beines um $1^1/_2$—3 cm. Spontanheilungen kommen wohl nicht vor, Besserung der Symptome erzielt man durch Ruhe, Bäder und zweckmäßige Abwechslung von aktiven und passiven Bewegungen, und zwar oft mehr als durch den Gebrauch von Thermen, wie Gastein, Teplitz, Wildbad. Am besten sind für den Anfang der Erkrankung medico-mechanische Übungen, welche die Veränderung des Gelenkkopfes hemmen sollen. Treten stärkere Schmerzen auf, so Ruhe. Ein Schutzapparat à la Hessing ist sehr zu empfehlen. Bei hochgradigen Veränderungen Resektion. **Schulz** (Barmen).

12) **A. Cacciari** (Bologna). Über eine neue Einrenkungsmethode der angeborenen Hüftgelenksverrenkung.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. IX. Hft. 2.)

Das Verfahren, das Ghillini in der orthopädischen Klinik in Bologna in 100 Fällen erprobt hat, beruht auf folgenden Voraussetzungen. Das obere Ende des Femur ist bald nach oben, bald nach unten, bald nach hinten, bald nach vorn verschoben. Diese Verschiebungen können kombinirt sein, indem sie nämlich nach oben und vorn, nach oben und hinten, nach unten und vorn, nach unten und hinten erfolgen können. Ist der Schenkelkopf nach oben verschoben, so bringt G. bei der Einrenkung den Schenkel in starke Abduktion und Beugung. Wenn der Kopf unten ist, führt er Abduktion und Streckung aus. Ist der Kopf nach vorn verschoben, so rotirt G. den Schenkel nach innen. Wenn der Kopf hinter der Pfanne steht, so wird der Schenkel nach außen rotirt. Bei Verschiebung des Kopfes nach oben und vorn wird Beugung, Abduktion und Rotation nach innen, bei Verschiebung nach oben und hinten Beugung, Abduktion und Rotation nach außen, bei Verschiebung nach unten und vorn Adduktion, Streckung und Rotation nach innen, bei Verschiebung nach unten und hinten Adduktion, Streckung und Rotation nach außen ausgeführt. Der Einrenkung in der Narkose gehen kräftige Circumduktionsbewegungen des Hüftgelenkes voraus, schon um die Bildung einer soliden Nearthrose zu erleichtern. Der erste und der zweite Verband bleiben je 3 Monate liegen, während welcher die Kinder nach Möglichkeit herumgehen.

Ghillini hat diese Methode bei Kranken bis zu 13 Jahren angewandt. Befindet sich Ghillini Kranken gegenüber, welche an einer beträchtlichen Verkürzung des Gliedes leiden, so legt er auf die Dauer von 2—4 Wochen einen Streckverband an mit einem Gewicht von 14 kg, um dadurch eine Erschlaffung der Muskeln zu erzielen. **J. Riedinger** (Würzburg).

13) **B. Rossi** (Mailand). La frattura della rotula. (Preisschrift.)
(Clinica chir. 1900. No. 6. u. 7.)

Die Arbeit basirt auf einem Materiale von 196 Kniescheibenbrüchen, welche innerhalb der letzten 30 Jahre am Ospedale Maggiore in Mailand unter 14116 Frakturen zur Beobachtung kamen. Gegenüber den von Malgaigne und Durante aufgestellten Zahlen von 2% ergiebt sich das Verhältnis von 1:72. Auffallenderweise entfallen 107 Fälle auf die Wintermonate. 156 Pat. standen im Alter von 31—70 Jahren; 173 waren Männer.

In Bezug auf den Mechanismus der Verletzung hat R. nur 2 sichere Fälle von reiner indirekter Fraktur nachweisen können.

Er sagt geradezu: »Die indirekte Fraktur ist äußerst selten und meiner Meinung nach an einen pathologischen Zustand der Kniescheibe gebunden. Bei normalem Knochen wird es, wie ich glaube, leichter als zur Fraktur, zum Zerreißen der Quadricepssehne oder des Ligamentum patellare kommen«. Ricard und König haben 26—33% indirekter Frakturen angenommen. R. findet in den meisten Fällen ($^3/_4$) kombinirte Ursachen für das Zustandekommen der Verletzung. Von selteneren Formen zählt R. einen Längsbruch, einen Fall von Bruch in 8 Theile etc. auf. $^4/_5$ waren reine Querbrüche. 3mal sind offene Brüche notirt, 2mal bilaterale.

R. legt großes Gewicht auf die präpatellare fibröse plastische Schicht (strato fibroso plastico soprarotuleo), welche bei Kontinuitätstrennung des Knochens starke Zerrung erleidet und auch zumeist verträgt; die Callusbildung geht von ihr aus. Wird sie stark geschädigt, so entsteht nur ein fibröser Callus.

Von abnormer Callusbildung wäre zu erwähnen die Verlängerung eines Callus nach der Heilung (in Folge Gehens) von 1 auf 3 cm.

Die Therapie wird mit besonderer Litteraturkenntnis besprochen.

Die Beschreibung und Aufzählung der unblutigen und blutigen Methoden umfasst allein 16 Seiten nnd enthält etwa 40 Namen.

Ca. 25 Apparate (Berger hat allerdings 95 zusammengefunden) werden näher besprochen.

Am längsten verweilt sodann R. naturgemäß bei den Vorschlägen der direkten Immobilisation der Fragmente, der Naht. Er reklamirt die Idee der Nath für Aurelio Severino in Neapel (im 17. Jahrhundert).

Die Principien der Behandlung sind folgende: Für Fälle, in denen die Distanz der Fragmente kleiner ist als 1 cm, genügt zumeist die unblutige Immobilisation zur Erzielung von Heilung mit gutem Gange. R. bevorzugt den Verband in 8-Touren mit der Kreuzung in der Kniekehle (»koncentrische Annäherung«, zuerst von Lavanguyon angegeben). Die Extremität ist auf eine dünne, genau passende Volkmann'sche Schiene, modificirt von Bassini, gelagert. Mit der Resorption des Extravasates wird der Druck schwächer; der Verband muss nach je 7—10 Tagen erneuert werden.

Steigert sich nach 2—3 Wochen noch die Distanz der Fragmente, so wird an die Eröffnung des Gelenkes und die direkte Naht der Bruchstücke gegangen. Dasselbe ist der Fall bei allen Frakturen, bei denen von Anfang an die Retraktion des oberen Fragmentes eine bedeutendere ist. Diese bilden aber den weitaus größeren Theil aller Brüche. So wird die direkte Nath zur Methode der Wahl.

Die Fragmente werden einzeln an einander genäht, bei vielfacher Splitterung »cerclage« nach Berger. Zur Naht dient Seide. In seltenen Fällen muss man das oder die oberen Fragmente an das Lig. patellare annähen, weil das untere Fragment zu klein ist, um durchlocht werden zu können. Gutsitzender Bindenverband mit oberflächlicher Stärkebindenlage über der Bassini'schen Schiene. Verbandwechsel nach 10—12 Tagen. Dann kurzer Bindenverband von der Mitte des Oberschenkels bis zum mittleren Drittel des Unterschenkels, so dass mäßige Bewegungen im Kniegelenk möglich sind. Dadurch wird eine Steifigkeit im Kniegelenk eben so wie eine Muskelatrophie am Oberschenkel hintangehalten. Vom 15.—18. Tage ab Gehübungen, Massage, Gymnastik.

Über veraltete Frakturen werden keine neuen Erfahrungen beigebracht. Als Kontraindikationen gegen die blutige Vereinigung der Bruchenden kann R. nur die allgemeinen, die Narkose ausschließenden, ferner entzündliche Gelenkszustände oder benachbarte Schenkelfrakturen ansehen.

R. hat nur vollkommene Heilungen als Ausgang der blutigen Behandlung gesehen. Er schließt die Details von 27 Fällen an, unter welchen sich 13 genähte befinden und illustrirt die Spätbefunde, 1—5 Jahre nach dem Eingriff, durch Skiagramme.

J. Sternberg (Wien).

---

14) **Le Clerc.** Des apophysites du tibia pendant la croissance.

(Revue mens. des malad. de l'enfance 1901. p. 109.)

Ausführliche Darstellung der Krankheit nach der Litteratur und 10 eigenen Beobachtungen. Die Möglichkeit der Erkrankung ist gegeben mit dem Auftreten eines selbständigen Knochenkerns in der Apophyse im 8.—9. Lebensjahre und hört auf mit der Verschmelzung desselben mit dem übrigen Knochen im 20.—21. Jahre. Die Ursache ist fast immer ein Trauma. Die Diagnose ist durch den Sitz der Affektion leicht. Trotz oft stark entzündlicher Erscheinungen ist der Ausgang in Eiterung selten. Außer dieser nöthigen mitunter häufige Rückfälle und Neuralgien zur Trepanation.

F. Göppert (Kattowitz).



15) **Grisel.** Description d'un appareil platré à traction élastique pour fractures de jambe à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen.

(Revue d'orthopèdie 1901. No. 2.)

Der in 4 beschriebenen Fällen von Unterschenkelbruch an oben bezeichneter Stelle bewährt befundene Apparat setzt sich aus zwei Hülsentheilen zusammen, dem Gipsstiefel für das periphere Ende und der Hülse für den oberen Theil des Unterschenkels. Am Stiefel ist ein Steigbügelband, am oberen Theil zwei seitliche Schienen mit Verbindungsstück jenseits der Ferse, also ebenfalls steigbügelförmig, eingegipst; durch elastischen Zug zwischen diesen beiden peripheren von der Ferse hervorragenden Steigbügeln wird Extension und Kontraextension zwischen den Bruchstücken ausgeübt.

Herm. Frank (Berlin).

---

16) **J. Wieting.** Zur Säbelscheidenform der Tibia bei der Syphilis hereditaria tarda.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 3.)

Wie Verf. an der Hand mehrerer von ihm untersuchter Fälle ausführt, stimmt die bei der Lues hereditaria tarda gefundene Knochenaffektion dem ganzen Wesen nach mit der im tertiären Stadium der erworbenen Lues beobachteten Form überein. Man findet eine Erkrankung der sämmtlichen den Knochen zusammensetzenden Gewebe mit meist vorwiegender Betheiligung der Vorderseite des mittleren Drittels der Tibia. Die Substantia compacta wird durch spongiöses Knochengewebe ersetzt, das die dünne periostale Schicht gleichsam aufbläht. Aus dieser Wucherung ergiebt sich eine erhebliche Zunahme des anteroposterioren, so wie auch ferner des frontalen Durchmessers. Bei der späteren sklerosirenden Umwandlung ist das Bild kein absolut regelmäßiges, da es stellenweise zu stärkerer Lockerung, vielleicht auch zu Nekrose kommen kann. Zwei Punkte sind aber doch für die Lues hereditaria tarda gegenüber der aquirirten tertiären Lues, wenigstens wenn die Infektion im späteren Leben erworben wurde, charakteristisch: einmal eine sehr deutliche Verlängerung des Unterschenkels, dann eine reelle Verkrümmung der Tibia in nach vorn konvexem Bogen mit scheinbarer Abflachung der Seitentheile. Auf die erstere Erscheinung ist schon verschiedentlich hingewiesen worden, die letztere wurde dagegen bisher in der Litteratur noch nicht besonders erwähnt. Ihre Ursache ist theils in der vorherrschend sagittalen Biegungsbeanspruchung der Tibia, theils im Verhalten der oberen Tibiaepiphyse, der Fibula und der Muskulatur zu suchen.

Honsell (Tübingen).

---

17) **H. Timmer** (Amsterdam). Eine neue Methode, Fußabdrücke zu machen.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. IX. Hft. 2.)

Verf. beschreibt seine Methode, auf die er nach dem Besuch einer Steindruckerei kam, wie folgt: »Man nehme zwei dicke Glasplatten, womöglich aus Spiegelglas, eine Tintenrolle, ein wenig Druckerfarbe guter Konsistenz und Watte mit Talcum venetum. Auf die eine Glasplatte thut man ein wenig Druckerfarbe und rollt dieselbe mit der Tintenrolle aus, wodurch die Platte überall mit einer gleich dünnen Schicht Tinte bedeckt wird. Auf die andere Platte legt man einen Bogen glattes Papier. Nun lässt man den Pat. auf die erste Platte treten und danach auf die zweite. Man hat dann einen sehr schönen Abdruck erhalten, den man im Nu trocknen kann mittels Watte mit Talcum venetum.« Der Abdruck ist positiv, wie einige Abbildungen zeigen. Das Verfahren, dass beliebig wiederholt werden kann, eignet sich besonders für die Poliklinik. Zur Entfernung der Druckerfarbe dienen Terpentin, Petroleum oder Wasser und Seife. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

18) **H. Brissart.** Sur les opérations économiques du pied.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1901.

Verf. bespricht in seiner Arbeit die verschiedenen Operationsmethoden bei Verletzungen und Erkrankungen des Fußes, bei welchen die Fußwurzelknochen gesund, die Haut der Fußsohle indess zu weit geschädigt ist, um den Chopart auszuführen.

Er hält die Stümpfe für die besten, bei welchen der Hautlappen möglichst gut gepolstert und frei beweglich ist, und bei denen eine Gelenkverbindung zwischen Fußwurzel und Unterschenkel wieder hergestellt wird.

Dem entsprechend sind unter den zahlreichen Modifikationen des Pirogoffs die besten die Verfahren von Le Faure und Ricard. Ersterer legt den Hautschnitt auf die Außenseite und bildet so, wie Roux dies zuerst angegeben, einen Fußsohlenlappen, dessen Basis an der Innenseite liegt; und er verändert das Verfahren von Pasquier-Le Fort dahin, dass er nicht die Pars superior des Calcaneus absägt, sondern die Pars inferior des Talus. Er erhält so die Articulatio talo-calcanea.

Ricard behält den Hautschnitt Pirogoff's bei, exartikulirt den Talus und bildet so ein Gelenk zwischen Calcaneus und den Knöcheln.

Beide Autoren nähen die Sehnen der Flexoren möglichst sorgfältig an die der Extensoren, um so eine Equinusstellung zu verhindern. **Coste** (Straßburg i/E.).



Kleinere Mittheilungen.

19) **H. Graff.** Einige neue orthopädische Apparate.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. IX. Hft. 2.)

Verf. beschreibt unter Beigabe von 5 Abbildungen 2 auf Veranlassung von Schede für die Bonner chirurgische Universitätsklinik von der Firma Eschbaum in Bonn angefertigte Pendelapparate für das Hüftgelenk, denen er gegenüber den Apparaten von Krukenberg, welche zum Vorbild dienten, den Vorzug der besseren Fixation des Beckens einräumt. Der eine Apparat ist für Beugung und Streckung, der andere für Ab- und Adduktion des Hüftgelenkes eingerichtet. Die Fixation des Beckens erfolgt in dem einen Falle durch Schaufelpelotten, welche den Darmbeinkamm auf beiden Seiten von hinten und oben umgreifen und einen Zug auf das Becken nach hinten ausüben. Eine weitere Pelotte wirkt von der Symphyse her. Im anderen Falle wird das gesunde Bein zur Sicherung gegen die Mitbewegung des Beckens in extremer Abduktion fixirt. Außerdem wirkt je eine Pelotte von außen her auf die rechte und linke Seite des Beckens.

Weiterhin beschreibt Verf. einen verbesserten Redresseur = Osteoklast, dessen Gebrauch an der Hand von 4 Abbildungen erläutert wird. Hergestellt wird der Apparat ebenfalls von der Firma Eschbaum. **J. Riedinger** (Würzburg).

20) **J. Elgart.** Osteomyelitis bei Neugeborenen.

(Vorgetragen auf dem III. Kongresse tschechischer Naturforscher u. Ärzte in Prag. 25.—29. Mai 1901.)

Die Osteomyelitis kommt im 1. Lebensjahre äußerst selten vor, weil das Kind frühzeitig der septischen Infektion erliegt. Autor beobachtete folgenden Fall: Eine Schwangere acquirirte im 7. Schwangerschaftsmonate eine Polyarthritis acuta, worauf nach 4 Wochen die Frühgeburt erfolgte. In der 1. Lebenswoche war das Kind ruhig, bekam dann ein pustulöses Ekzem, und Ende der 2. Woche trat am rechten Unterschenkel ein Abscess auf, der incidirt wurde. 3 Monate später wurde die Nekrotomie ausgeführt; der Sequester umfasste die obere Hälfte der Tibia. Die Heilung erfolgte nach 6 Wochen mit einer Verkürzung des Beines um $1^1/_2$ cm. Ob die Osteomyelitis auf eine intra-uterine Infektion von der Mutter aus oder auf das eitrige Ekzem zurückzuführen ist, lässt sich nicht entscheiden.

G. Mühlstein (Prag).

21) **Mathieu.** Traitement galvanique de l'arthrite blénnorrhagique.

(Soc. de thérapeutique 1901. Juni 26.)

M. erzielte bei 13 Fällen von gonorrhoischer Gelenkentzündung bedeutenden Grades, mit und ohne periartikuläre Schwellung, gute Erfolge mit dem quer durch das betroffene Gelenk geleiteten Strom von 20—50 Milliampères Stärke; Sitzungsdauer $^1/_4$ Stunde, täglich 1 Sitzung, am 1. Tage 2. Besserung trat bereits 2 bis 3 Stunden nach der 1. Sitzung ein; am Tage darauf waren gewöhnlich die Schmerzen und die Gelenkschwellung bedeutend vermindert, Heilung meist nach 2—6 Sitzungen, immer ohne Gelenkversteifung und ohne Muskelatrophien. Der faradische Strom wirkte bedeutend schlechter. **Mohr** (Bielefeld).

22) **F. K. Monro.** A case of almost universal ankylosis.

(Brit. med. journ. 1901. Mai.)

M. giebt die Beschreibung eines Falles dieser seltenen Erkrankung. Dieselbe begann bei einem 18jährigen jungen Manne, welcher vorher — abgesehen von den gewöhnlichen Kinderkrankheiten — immer gesund gewesen war, mit Schmerzen in der linken Hüfte, welche namentlich Morgens beim Aufstehen sehr heftig waren, dann aber, nachdem die betreffende Körpergegend eingerieben war und der

Kranke sich etwas bewegt hatte, nachließen. Nach 2 Jahren war der Kranke genöthigt, seine Arbeit einzustellen, weil sämmtliche Gelenke der unteren Extremitäten, des Rückens und namentlich auch der Halswirbelsäule schmerzhaft geworden waren. Die befallenen Gelenke wurden zunächst schmerzhaft — am stärksten war das bei den Kniegelenken ausgesprochen —; dann trat eine Schwellung und schließlich eine Versteifung derselben ein. Schließlich war eine Bewegung nicht mehr möglich, so dass der Kranke von seinem 22. Lebensjahre ab zu Bett liegen musste. Allmählich wurden dann auch die oberen Extremitäten befallen. Schließlich trat auch eine völlige Ankylose der Kiefergelenke ein; die Ernährung ging nur durch eine Lücke in der Zahnreihe vor sich. Die einzigen Gelenke, die gegen das Lebensende — der Kranke starb im Alter von 46 Jahren — einen Rest von Beweglichkeit aufwiesen, waren das rechte Schulter-, rechte Handgelenk und die Metacarpo-phalangealgelenke des 1., 2., 3. und 5. rechten Fingers. Sensibilität war überall erhalten. Die Athmung zeigte hauptsächlich abdominalen Typus, allerdings bewegte sich auch der untere Theil des Thorax. Ein Auge war im Laufe der Jahre in Folge einer akuten Irido-Cyklitis zu Grunde gegangen. Die Verdauungsthätigkeit war wenig gestört. Eigentliche Todesursache wurde eine Pleuropneumonie. **Weiss** (Düsseldorf).

23) **Codivilla** (Sangiorgi). Sulla scoliosi congenita.

(Arch. di ortopedia 1901. No. 2.)

Demonstration und Besprechung einer angeborenen links konvexen Lumbalskoliose mit gleichzeitiger Hypertrichose auf einem halbmondförmigen Bezirk im Bereich der oberen Lendenwirbel. Das Röntgenbild weist nach, dass derjenige Lendenwirbel, welcher den Gipfel des skoliotischen Bogens bildet, in seiner linken Hälfte verdoppelt ist; das keilförmige Stück, welches sich zwischen die anderen Wirbel einschiebt, besitzt einen eigenen Querfortsatz.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

24) **F. Klaussner** (München). Ein Fall von Luxatio claviculae sternalis duplex congenita.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 29.)

Die bald nach der Geburt bemerkte, rechterseits totale Verrenkung der Clavicula und linksseitige Subluxation der letzteren nach oben und vorn verursacht der 9jährigen Pat. keinerlei Beschwerden und Funktionsstörungen, so dass von einer Operation — Silberdrahtnaht — bisher Abstand genommen werden konnte.

Kramer (Glogau).

25) **Kirmisson und Kuss.** Carie sèche de l'épaule.

(Revue d'orthopèdie 1901. No. 3.)

Die Autoren theilen einige Beobachtungen von typischer Caries sicca theils bei älteren, theils bei jugendlichen Individuen mit, bei denen der tuberkulöse Charakter trotz des von dem gewöhnlichen Bilde der Tuberkulose abweichenden Verlaufes durch die anatomische und bakteriologische Prüfung des resecirten Knochens sichergestellt werden konnte. Auch das nachträgliche Auftreten tuberkulöser Eiterung in der Nachbarschaft des Gelenkes wurde beobachtet. Dass aber nicht jeder »kalte« Abscess in dieser Gegend trotz aller sonstigen klinischen Merkmale tuberkulös zu sein braucht, zeigen 2 Fälle, wo der klinische Aspekt mit dem Charakter des Tumor albus durchaus für Tuberkulose zu sprechen schien, wo aber die genaue bakteriologische Prüfung das Nichtvorhandensein des tuberkulösen Virus klarstellte. **Herm. Frank** (Berlin).

26) **Guinard et Gardner.** Des résultats fonctionnels de la résection totale de l'humérus non suivie de regénération osseuse.

(Revue d'orthopèdie 1901. No. 2.)

Schussverletzung des linken Oberarmknochens 1859 bei Solferino; 30 Jahre hindurch fortwährende Sequestereiterungen; 1889 Herausnahme des ganzen



Knochenrestes. Jetzt 12 Jahre später zeigt sich der Arm ohne den köchernen Halt des Humerus und die Hand funktionell überraschend brauchbar. Die willkürlich fest kontrahirte Muskulatur am Oberarm ersetzt zum Theil die steife Stütze des Knochens, wobei sich derselbe um die Hälfte verkürzt; der Vorderarm beugt sich ohne weitere Nachhilfe um einen Winkel von 135°; die Hand (Drehung des Vorderarms fehlt) und die Finger sind nicht atrophisch und vollkommen gebrauchsfähig; einfaches Auflegen des Ellbogens genügt zum Ankleiden, Cigarrettendrehen, Billardspielen etc. Ein fest um den Arm geknotetes Tuch erhöht die Brauchbarkeit des Armes. In der Litteratur sind etwa 10 totale Humerusresektionen vertreten, von denen etwa 4 bezüglich der fehlenden Knochenregeneration mit diesem Falle verglichen werden können. In 3 von diesen 5 Fällen war das endgültige Ergebnis ein so vorzügliches wie in dem obigen Falle, sogar ohne besondere mechanische Stütze, dass die sonst wohl ausgeführte Exartikulation der Schulter hier ein großer Fehler gewesen wäre. **Herm. Frank** (Berlin).

27) **Ambard.** Double luxation congénitale du radius en haut et en arrière chez un malade soupconné de syphilis héréditaire.

(Revue de orthopèdie 1901. No. 3.)

Für den Verdacht auf hereditäre Syphilis liegt kein positiver Anhalt vor, sondern gewisse Veränderungen am Nasenskelett und an den Augen, welche, »ohne durchaus specifisch zu sein, jedenfalls sehr verdächtig sind rudimentärer Stigmata, hereditärer Syphilis«. **Herm. Frank** (Berlin).

28) **Appraillé.** Malformations congénitales de l'extrémité supérieure du radius.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1901. 46 S.

Den in der deutschen Litteratur gefundenen, von O. Schmidt und Tschmarke veröffentlichten 3 Fällen von angeborenem Mangel des oberen Abschnittes des Radius fügt Verf. einen weiteren, von Longuet beobachteten Fall hinzu, bei dem sich durch Tastung am linken Vorderarm ebenfalls ein Fehlen des oberen Abschnittes des Radius nachweisen ließ. Auf dem Röntgenbilde dagegen schien es, als ob sich das obere Ende des Radius von der Seite her mit der Ulna kreuzte. Desshalb nahm Longuet an, dass es sich nicht um eine Hemmung in der Entwicklung, sondern um eine Ablenkung während des Wachsthums handelte. An der Kreuzungsstelle waren beide Knochen mit einander verwachsen. Außerdem zeigte ein bogenförmiges Stück des Ligamentum interosseum Verknöcherung. Während Pronation und Supination des Vorderarmes aufgehoben waren, ließ der Daumen eine abnorme, kompensatorische Beweglichkeit erkennen. Das lanzenförmig auslaufende untere Ende der Ulna war seitlich mit dem Radius, vorn mit der ersten Reihe der Mittelhandknochen verwachsen. Die Muskulatur des Vorderarmes war atrophisch. Eine Verkrümmung der Ulna war nicht vorhanden. Rechts war bei der 19 Jahre alten, an Strabismus leidenden, körperlich und geistig wenig entwickelten Pat. angeborener Mangel des Radius und des Daumens, so wie Klumphand nachweisbar.

Nach der Besprechung der Kasuistik und der Symptomatologie der Missbildung folgt ein Kapitel über die Entwicklungsvorgänge an den oberen Extremitäten. Auf Grund derselben kommt Verf. zur Überzeugung, dass vorübergehender Druck im Verlaufe des zweiten embryonalen Monats die Deformität verschuldet hat. Therapeutisch wird die Möglichkeit der operativen Trennung beider Vorderarmknochen in Erwägung gezogen. **J. Riedinger** (Würzburg).

29) **C. Beck.** Über die Fraktur des Processus coronoideus ulnae.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 193.)

Diese Fraktur ist häufig nur mit Hilfe der Röntgenbilder zu diagnosticiren, wie aus 3 von B. beigebrachten Fällen erhellt. Details und insbesondere die mitgetheilten Skiagramme siehe Original. **Meinhardt Schmidt** (Cuxhaven).

30) T. Schilling. Über den schnellenden Finger.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 3.)

Verf.s Fall von schnellendem viertem Finger betraf einen 32jährigen Borstenzurichter, bei welchem sich das Leiden nachweislich im Zusammenhang mit beruflichen Schädlichkeiten innerhalb von 8 Wochen ausgebildet hatte. Bei der Operation fand sich als Ursache der Störung eine spindelförmige Verdickung der tiefen Beugesehne, und zwar direkt unter der Gabel des hohen Beugers. Durch Spaltung dieser Gabel wurde ein dauernder Erfolg erzielt.

Anschließend an die kasuistische Mittheilung werden die pathologischen Befunde von 34 Fällen der Litteratur zusammengestellt und Ätiologie, klinisches Bild so wie Therapie der Affektion in übersichtlicher Weise besprochen.

Honsell (Tübingen).

31) E. Jouon. Luxation soudaine de la tête du fémur en bas et en avant, vers le trou ovale, au début d'une coxalgie de la hanche gauche. Réduction complète et facile sous le chloroforme dix-huit mois après le déplacement.

(Revue d'orthopèdie 1901. No. 1.)

Ein $14^1/_2$jähriger Junge geht gesund zur Schule; nach dem Frühstück beim Aufstehen spürt er einen plötzlichen Schmerz in der Hüfte, das Bein stellt sich in die Luxationsstellung, leichte Flexion, Abduktion, Rotation nach außen, und von Stund an hinkt er, macht aber ein Krankenlager nicht durch. Auch bei Aufenthalt in verschiedenen Krankenhäusern geschieht nichts, bis $1^1/_2$ Jahre nach Entstehen der Verrenkung von Gérard-Marchant in 2 Minuten durch verstärkte Flexion, Adduktion und Rotation nach innen die Einrenkung vollzogen wird. Das ganze Bild der plötzlichen wirklichen Ausrenkung, der eben so glatten Einrenkung nach so langer Zeit erinnert an die von Kirmisson als charakteristisch für das Anfangsstadium der Coxitis beschriebenen Fälle (s. Referat im Centralblatt für Chirurgie 1900 p. 246), obwohl die Richtung der Verschiebung des Kopfes nach vorn unten an sich schon sehr auffällig ist, welche nicht verwechselt werden dürfen mit der »Spontanluxation« nach Zerstörung des Gelenkapparates im späteren Verlauf der Coxitis. Aber weder aus der Erzählung des Herganges bei der Entstehung der Verrenkung, noch aus sonstigen Andeutungen über den späteren Verlauf geht hervor, mit welchem Recht eigentlich der Autor auf eine Coxitis schließt. Ein etwas rauhes Athmen in der Spitze, einiges Krepitiren, bei vollem Wohlbefinden, ohne hereditäre Veranlagung, und »ein wenig verwaschene Einzelheiten am oberen Femurende im Röntgenbilde in Folge wahrscheinlicher tuberkulöser Veränderungen« berechtigen doch nicht allein zur Annahme tuberkulöser Hüftgelenkentzündung. **Herm. Frank** (Berlin).

32) Lepage et Grosse. Luxation congénitale de la hanche droite chez un nouveau-né atteint de malformations multiples.

(Revue d'orthopèdie 1901. No. 4.)

Die mannigfachen Verbildungen am Körper des am 14. Tage verstorbenen Kindes haben verschiedene Ursachen. Verkrümmungen der Oberschenkel, am Fußgelenke sind auf Platzmangel im Uterus zu beziehen, die rechtsseitige Verrenkung, die Spaltung des Gaumens, des Sternums dagegen sind Hemmungsbildungen. Die Gelenkpfanne ist kaum angedeutet, der Kopf atrophisch und verbildet, Hals fehlt, Ligament übermäßig lang, deutliche Atrophie des Os ilei und des Kreuzbeinflügels der entsprechenden Seite; das Becken dadurch asymmetrisch, und zwar auf der kranken Seite abgeflacht, der schräge Durchmesser verkürzt (anders wie bei der angeborenen Verrenkung im höheren Alter).

Herm. Frank (Berlin).



33) **A. Codivilla** (Bologna). **Über die operative Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung.**

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. IX. Hft. 2.)

Nach einigen Bemerkungen über den Entstehungsmechanismus der angeborenen Hüftgelenksverrenkung berichtet Verf. über seine Erfahrungen an 66 unblutig und 10 blutig behandelten Fällen dieses Leidens. Nach der unblutigen Methode ist die Reposition 56mal beim ersten Versuche erfolgt. Die Kinder hatten ein Alter von 3—16 Jahren. Etwa in der Hälfte der Fälle blieb die Reposition bestehen. Physiologische oder nahezu normale Verhältnisse traten nur in 4 oder 5 Fällen ein. Als Ursachen der Reluxation sind angegeben: Steilstellung und Flachheit der Pfanne, Abflachung des oberen Pfannenrandes, starke Neigung des Schenkelkopfes nach vorn, ferner der von der Kapsel auf den Schenkelhals ausgeübte Zug, die Muskelspannung und das Körpergewicht. Die Immobilisirung durch Gipsverbände in starker Abduktion dauerte im Durchschnitt etwa 8 Monate. Die Fixation erfolgte in der Regel bei einwärts rotirtem Oberschenkel. Bei sehr hochgradiger Torsion des oberen Femurendes wurde in einigen Fällen der Gipsverband nach 10 Tagen theilweise entfernt und nach vollzogener Osteotomie im unteren Abschnitte des Femur der periphere Theil des Beines in Rotation nach außen fixirt, um oberes und unteres Femurende in möglichst normale Beziehungen zu einander zu bringen. Vor Anlegung des ersten Verbandes schlug C. in diesen Fällen durch den Trochanter hindurch in der Richtung der Achse des Schenkelhalses bis ins Centrum des Femurkopfes einen vergoldeten stählernen Nagel so ein, dass er noch einige Centimeter über die Haut hervorragte. Der in den Gipsverband aufgenommene Nagel wurde mit diesem nach $1\frac{1}{2}$ Monaten entfernt.

In 4 Fällen, in denen die Anheftung der Kapsel oben am Darmbein und das Fehlen des Pfannendaches die Ursache der Reluxation war, wurde durch einen blutigen extraartikulären Operationsakt, der in Lostrennung der Kapsel vom Darmbein, Zusammenfaltung und Naht derselben, so wie in der dadurch bedingten traumatischen Reizung Zwecks Neubildung des Pfannendaches bestand, die Retention bewirkt. Musste die Kapsel eröffnet werden, wie es in 3 Fällen geschah, gebrauchte C. zur Reposition ein von ihm konstruirtes Instrument, dessen Abbildung beigegeben ist. — Dasselbe besteht aus einem rinnenförmigen Hebel mit langem Stiele. Beim Gebrauche des Instrumentes wird das untere Ende desselben mittels zweier nach oben gerichteter Haken fest gegen Spina anterior inferior und hinteren Pfannenrand angestemmt, während der in der Rinne liegende Schenkelkopf nach abwärts gedrängt wird. Die eine Hand des Operateurs sucht den Hebel von der Darmbeingrube zu entfernen, die andere bringt den Oberschenkel in Abduktion. — In diesen 3 Fällen gelang jedoch die Reposition nicht, sondern nur eine Transposition. Außerdem blieb mehr oder weniger Steifigkeit des Gelenkes zurück. Um bei Aushöhlung der Pfanne Ankylose zu verhüten, schlägt C. vor, den Schenkelkopf mit seiner Kapselhaube bedeckt in die Pfanne zu reponiren.

In 3 Fällen wurde außerdem die Pseudarthrosenoperation nach Hoffa mit gutem Erfolge ausgeführt. Schließlich giebt C. an, dass bei der blutigen Einrenkung der Einschnitt am besten dem vorderen Rande des M. tensor fasciae latae entlang geführt wird. Man verlängert den Einschnitt ev. nach oben, dem Darmbeinkamm entlang, wonach man den M. tensor fasciae latae und einen Theil der Mm. glutaei vom Darmbein lostrennt. Um die Bildung von Kontrakturen hervorrufenden Narben zu verhüten, hält es C. für nothwendig, nach vollzogener Operation die Wunde sofort zu schließen und nicht zu drainiren.

J. Riedinger (Würzburg).

34) **E. Jouon. Arthrotomie pour un cas étranger ostéo-cartilagineux de l'articulation du genou gauche d'origine traumatique.**

(Revue d'orthopèdie 1901. No. 3.)

Die Verletzung bestand in 2 Stößen gegen das linke Knie vorn innen an einen Haufen Ziegelsteine bei einem 36jährigen, kräftigen, gelenkgesunden Arbeiter im

Zwischenraume von 6 Wochen. Schon nach dem 1. Stoße fast unmittelbar (Zeichen des Blutergusses? Ref.) Anschwellung des Knies, 3 Tage nach dem 2. Stoße das erste Fremdkörpersymptom. Bei der Operation zeigte sich der Condylus internus ein wenig abgestoßen und vaskularisirt. Keine Arthritis deformans.

Herm. Frank (Berlin).

35) **André.** Déviation angulaire consécutive à la résection et à l'arthrectomie du genou pratiquées dans le jeune age.

(Revue d'orthopèdie 1901. No. 2.)

Primäre Resektion im Alter von 6 Jahren wegen Tuberkulose. Im 14. Lebensjahre zeigt sich stark spitzwinklige Ankylose im Knie; der Junge kann sich nur hockend fortbewegen. Von der Tibia scheint nur eine schmale Knochenscheibe zu fehlen; dagegen ist das untere Femurende durch Zurückbleiben der hinteren und Übergreifen der vorderen Partie wie ein Pistolenkolben herumgekrümmt. Keilförmige Resektion mit Tenotomie. Heilung mit 12 cm Verkürzung nach vorübergehenden Sensibilitäts- und Mobilitätsstörungen.

Im 2. Falle handelt es sich um ein bei der primären Arthrektomie mit Ausschneiden von Knochen 8jähriges Kind, bei welchem sich die Flexionsstellung wahrscheinlich durch die Wirkung der Beuger herstellte, bevor die sehr verzögerte knöcherne Ankylose die Stellung fixirte. Nach 2 Jahren Beugekontraktur im Winkel von 120°, die durch Bogenresektion nach Helferich ausgeglichen wurde.

Herm. Frank (Berlin).

36) **Phocas et Pancot.** Deux cas de flexion congénitale du genou.

(Revue d'orthopèdie 1901. No. 3.)

1) 6jähriger Knabe mit angeborener Beugung des Unterschenkels im Winkel von 120° und Verrenkung der Kniescheibe nach außen. Behandlung mit Tenotomie der inneren Sehnen und allmählicher Geradestellung in Narkose mit funktionell sehr gutem Erfolge.

2) 2jähriges Mädchen. Während der Schwangerschaft verschiedene Unfälle der Mutter. Missbildungen am Schädel und Gesicht und symmetrisch an den Extremitäten; an den oberen: Beugungsstellung am Ellbogen, skiagraphisch zeigen sich Verbiegungen am Humerus und Radius; an den unteren: Überabduktionsmöglichkeit an den Hüften, unverhältnismäßige Kürze der Oberschenkel zu den Unterschenkeln (Analoges auch an den oberen Extremitäten), im Knie Beugungsstellung im rechten Winkel, Fehlen der Kniescheiben und gleichzeitig Innendrehung der Unterschenkel, Plattvarusfuß. Behandlung: Offene Durchschneidung der Muskelansätze in der Kniekehle zu beiden Seiten (eigentliche Sehnen werden nicht sichtbar), ohne Erfolg auf die Stellung, desswegen Resektion einer $2^1/_2$ cm breiten Schicht vom Femur und Tibia von vorn her im Gelenke, dann Geradestreckung. Der Erfolg der Behandlung ein leichtes Genu varum.

Herm. Frank (Berlin).

37) **G. Maillefert.** Die Luxation der Kniescheibe durch Verschiebung nach oben.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 198.)

M. beobachtete als zufälligen Befund bei einem an Rheumatismus leidenden Manne einen abnormen Hochstand der Kniescheibe. Dieselbe befand sich oberhalb der Oberschenkelkondylen, und war zwischen ihrem unteren Ende und der Tuberositas tibiae ein derber, sehniger, die ganz normal ausführbare Extension vermittelnder Strang fühlbar. Pat. war vor 15 Jahren seiner Angabe nach mit dem stark gebeugten Knie gegen eine Granitschwelle gefallen, wonach starke Schwellung und Schmerzhaftigkeit des Gelenkes folgten. Nach 4wöchentlicher Bettlägerigkeit Herstellung der Gehfähigkeit. Ohne einen Einriss des Lig. patellae ist das Zustandekommen dieser Verrückung bezw. »Luxation« (Malgaigne) der Kniescheibe nicht denkbar. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).



38) **Giron.** Volumineux kyste séreux poplité sans communication avec l'articulation.

(Revue d'orthopèdie 1901. No. 3.)

Die ungewöhnlich umfangreiche Cyste, von dem mittleren Drittel des Oberschenkels bis zur Höhe der Wadenmuskulatur reichend, bei einem 25jährigen Manne, wird durch Exstirpation glatt beseitigt. **Herm. Frank** (Berlin).

39) **Monod.** Décollement épiphysaire traumatique de l'extrémité inférieure du tibia.

(Revue d'orthopèdie 1901. No. 2.)

Die sehr seltene Verletzung wurde bei einem $14^1/_2$jährigen, ausnehmend kräftigen Jungen herbeigeführt durch einen Fehltritt beim Laufen über ein spitzes Steinpflaster, wobei er fühlte, dass der Fuß sich drehte. Heilung nach 5 Wochen mit folgender guter Funktion, obwohl das Röntgenbild noch ziemliche Verschiebung — daneben Bruch des Wadenbeines — zeigt. **Herm. Frank** (Berlin).

40) **F. Schäfer.** Ungewöhnliche Größe einer kartilaginären Exostose der Fibula.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXI. Hft. 1.)

Verf.s Mittheilung bietet einen neuen Beleg für die Erfahrung, dass die an sich harmlosen kartilaginären Exostosen gelegentlich eine gewisse, relative Bösartigkeit erlangen können. Der in mehrfacher Hinsicht interessante Fall ist kurz folgender:

Bei einem 11jährigen Knaben fand sich neben multiplen Exostosen geringen Umfanges am linken Unterschenkel eine über kindskopfgroße, in Tibia und Fibula übergreifende, knochenharte, höckrige Geschwulst, die in kurzer Zeit herangewachsen war und zu erheblichen Schmerzen so wie fast völliger Gebrauchsunfähigkeit des Gliedes geführt hatte. Klinische Diagnose: Ossales Sarkom oder Enchondrom. Amputation, da isolirte Herausnahme der Geschwulst unmöglich war. Diese erwies sich als spongiöse Exostose mit eigenthümlich großen Erweichungscysten, ausgegangen vom oberen Theile der Fibula. Zu erwähnen wäre ferner noch, dass Tibia und Fibula erheblich im Längenwachsthum zurückgeblieben waren, und dass sich außerdem auch noch an anderen Knochen Wachsthumsstörungen nachweisen ließen. **Honsell** (Tübingen).

41) **F. Franke.** Zur Ätiologie und Therapie des angeborenen Plattfußes.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIV. Hft. 2.)

F. beobachtete und behandelte ein 4jähriges Mädchen mit angeborenem Klump- und Plattfuße. Bei der operativen Behandlung des Pes valgus konstatirte er nun einen bisher noch nicht gesehenen Befund, nämlich vor Allem eine Verlagerung des Ansatzes der Sehne vom Musc. tibialis anticus, welche sich nicht an der Seite des inneren Keilbeines, sondern auf dessen Rücken ansetzte. Dieser Befund ist nach des Verf.s Ansicht nur durch eine primäre Entwicklungsstörung zu erklären und lässt sich weder mit der bekannten Drucktheorie noch den anderen Hypothesen in Einklang bringen, welche man bei den angeborenen Fußmissbildungen im Allgemeinen aufgestellt hat. In dem vorliegenden Falle würde die falsche Insertion des Musc. tibialis anticus genügen, namentlich falls er sich noch mit einer Anomalie des Wachsthums oder der Länge vom Musc. tibialis posticus vereinigen sollte, um die Entstehung des Plattfußes zu erklären. Denn die Funktion dieser beiden Muskeln hat nach theoretischen Erwägungen wie klinischen Beobachtungen einen wesentlichen Einfluss auf das Bestehen der Fußwölbung. F. legt sich desshalb die Frage vor, ob nach Analogie seines Falles nicht im Allgemeinen bei dem angeborenen Plattfuße sowohl wie auch bei dem angeborenen Pes equinovarus die Muskulatur eine größere Rolle spielt, als man ihr bisher zuschreibt.

Dem interessanten Befunde des geschilderten Falles, der auch noch eine Verwachsung der Sehne des Musc. tibialis posticus mit seiner Sehnenscheide aufwies, sind noch einige therapeutische Notizen beigefügt.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

42) **Le Dentu.** Talus valgus paralytique traité par la résection du tendon d'Achille et l'anastomose du tendon du jambier antérieur avec celui de l'extenseur propre du gros orteil.

(Revue d'orthopèdie 1901. No. 3.)

19jähriger Mann mit unregelmäßig über die Extensoren vertheilter Paralyse; der Extensor hallucis proprius hat seine funktionelle Energie größtentheils behalten. Operation nach Milleken, nachdem aus der zu langen Achillessehne ein transversales Stück herausgeschnitten ist, unter Bildung einer Scheide über den vernähten Sehnenstücken des Extensor hallucis und Tibialis anticus. Volle Heilung; mit der wiedergekehrten Statik des Fußes hat sich sogar in dem vorher geähmten Extensor communis digitorum eine Funktion eingestellt; die früher herunterhängenden Zehen können aufgerichtet werden.

Herm. Frank (Berlin).

43) **Durand.** Subluxation du scaphoïde du pied.

(Soc. de chir. de Lyon 1901. Juni 6.)

Fall aus der Höhe mehrere Meter in senkrechter Haltung, Aufschlagen auf den linken Fuß, klinische Erscheinungen einer Tarsalfraktur, Knöchel unversehrt. Das Röntgenbild zeigt eine Verschiebung des Kahnbeines, dessen obere Fläche über 1 cm über die Fläche der Keilbeine hervorragt. **Mohr** (Bielefeld).

44) **E. Jouon.** Déformation très prononcée des deux gros-orteils simulant »l'orteil en marteau« chez un jeune homme présentant en même temps deux malformations congénitales: une luxation congénitale de la hanche droite et un infundibulum para-coccygien. — Malformations héréditaires des pieds et des orteils chez les accendants et les collatéraux directs du malade.

(Revue d'orthopèdie 1901. No. 1.)

Die Zehenmissbildung bei dem 12jährigen Knaben besteht bei sonst absolut normalem Fußskelett in starker Dorsalbeugung des 1. Gliedes und starker Plantarbeugung des Nagelgliedes, so dass die Zehe die Gestalt eines liegenden Accent circonflexe erhält, und ist erst im Alter von 3 Jahren entstanden. Es handelt sich also nicht um eine angeborene Missbildung, aber auch sonst ist die Pathogenese dunkel; eine Muskelverkürzung oder Paralyse liegt nicht vor. An der exartikulirten Zehe zeigt sich als eigentliches Hindernis bei deren unmöglicher Geraderichtung eine Verkürzung der seitlichen Gelenkbänder, vielleicht auf Grund einer gehemmten Anlage, analog einer von William Anderson beschriebenen Anomalie des Hallux flexus. **Herm. Frank** (Berlin).

45) **Vince.** Élongation nerveuse dans le mal perforant.

(Cercle méd. de Bruxelles 1901. Juni 7.)

Bei einem 60jährigen Tabiker mit beiderseitigem Mal perforant wurde links der Plantarnerv gedehnt, rechts derselbe bei der Operation nicht gefunden. Zunächst trat beiderseits Vernarbung des Geschwürs ein, später erfolgte rechts ein Rückfall, während links dauernde Heilung eintrat. **Mohr** (Bielefeld).



46) **D. Biso.** Tre casi di lesioni traumatiche autiche di nervi periferici.

(Clinica chir. 1900. No. 11.)

Fälle von später Nervennaht mit günstigem Resultat.

1) 35jährige Frau. Schnittwunde an der Ellbeuge, Naht. Symptome der Ulnarisverletzung bezüglich Motilität und Sensibilität. Während die Sensibilität sich bessert, Abmagerung der ulnaren Handmuskulatur, trophoneurotische Geschwüre im Bezirk. Operation nach 6 Monaten: Freilegung der verwachsenen und am unteren Ende aufgetriebenen Nervenquerschnitte. Direkte Naht mit Katgut. Nach 4 Jahren fast vollständige Bewegungen, vollständige Sensibilität, keinerlei Ernährungsstörung.

2) Operationsverletzung des N. radialis mit sofortiger Naht (Seide). Trotzdem vollständige Paralyse. Sensibilität wenig gestört. Nach 6 Monaten Operation: Lösung des ans Periost verwachsenen und verdickten Nerven, Excision der deutlichen Nervennarbe. Direkte Naht mit Katgut. Nach 6 Monaten bedeutende Beweglichkeit der betroffenen Muskulatur. Nach 3 Jahren vollständige Heilung.

3) Fraktur des Humerus, Paralyse des Ulnaris bei einem 8jährigen Knaben. Der Nerv in festes Narbengewebe verwachsen. Freilegung, Exstirpation der Narbe. Nach wenigen Monaten vollständige Heilung.

Genaue anatomische Details über die exstirpirten Nervenenden zeigen die Bildung von Neurofibromen an den centralen Enden und von konischer Verschmälerung durch Degeneration der Cylinder an den peripheren.

J. Sternberg (Wien).

47) **R. Stierlin.** Zur Kasuistik der Aneurysmen und des Angioma arteriale racemosum.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 71.)

3 Fälle aus S.'s Thätigkeit. 1) Angioma racemosum arteriale bei einem in den 20ern stehenden Manne, dessen erste Anfänge weit zurück datirten und welches in Ausdehnung eines halben Handtellers in der rechten Supraorbitalgegend saß. S. umsteppte den Geschwulstbezirk mittels gekrümmter Nadel durch eine Kette von komprimirenden Seidennähten, welche über Gazebäuschchen geknotet wurden. 10 Tage später Radikalexcision unter geringfügiger Blutung. Der erzeugte Hautdefekt wurde mit Transplantationen gedeckt. Heilung. — 2) Aneurysma traumaticum verum art. femoralis sin., durch Schuss bei einem 26jährigen Manne entstanden, in der Mitte des Oberschenkels sitzend, orangengroß. Unter Blutleere typische Radikalexstirpation. Heilung. — 3) Aneurysma spontaneum art. iliacae communis utriusque. 49jähriger Mann, angeblich nicht luetisch, doch Trinker. Vor 3 Jahren scheint ein linksseitiges Poplitealaneurysma durch Druck geheilt zu sein. Jetzt plötzlicher Krankheitsbeginn nach einer Wagenfahrt mit heftigem Leibschmerz links und Collaps. Befund: Große Dämpfung im Bauche mit Resistenz oberhalb der Leistengegend, Sugillationen am Hodensack, Damm etc. Bei Besserung des Allgemeinbefindens wurde dieses »Hämatom« durch die charakteristischen Zeichen der Pulsation und Gefäßgeräusche als Aneurysma diagnosticirbar. Operation abgelehnt. Das Aneurysma wuchs zu monströsen Dimensionen nach rechts bis zur Parasternallinie, nach oben bis unter die Rippen hinauf. Schließlich plötzlicher Tod. Die Sektion zeigte außer dem riesigen Aneurysma der linken Iliaca communis ein gänseeigroßes der gleichen Arterie rechts, ferner Atherom der Aorta etc.

Dem Berichte sämmtlicher 3 Fälle sind kurze Allgemeinbemerkungen beigefügt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Berichtigung. P. 1006 Z. 22 u. 24 v. o. lies dmg statt dg.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 44. **Sonnabend, den 2. November.** **1901.**

I.

Die Verwerthung der funktionellen Nierenuntersuchung für die Diagnostik der Nieren- und Bauchchirurgie.

Von

Leopold Casper in Berlin.

(Vortrag, gehalten auf der Naturforscher-Versammlung in Hamburg 1901.)

Auf dem diesjährigen Chirurgenkongress habe ich eine Reihe von operirten und secirten Fällen mitgetheilt, welche die Bedeutung der funktionellen Nierenuntersuchung für die Frage der Leistungsfähigkeit der einen Niere bei Erkranktsein der anderen veranschaulichten.

44

Die Methode, die Herr Kollege Paul Fr. Richter und ich angegeben haben, besteht bekanntlich darin, dass wir den Harn beider Nieren gleichzeitig getrennt auffangen. Wir messen die funktionelle Kraft jeder von beiden Nieren aus der zu vergleichenden Menge des im Harn ausgeschiedenen N, des durch Phloridzin-Injektion künstlich producirten Zuckers (Sa) und der Gefrierpunktserniedrigung des Harns (Δ). Bei gesunden Nieren sind die 3 Werthe auf beiden Seiten gleich, bei einer kranken Niere sind sie stets auf der kranken Seite niedriger als auf der gesunden: »Je kränker die Niere, um so kleiner die Werthe«.

Im Laufe zahlreicher Untersuchungen ergab sich nun, dass die Methode auch darüber hinaus geeignet ist, uns in schwierigen Fällen der Bauchchirurgie bei der Diagnose willkommene Unterstützung zu leisten.

Einige Fälle mögen das illustriren.

Fall I. Im Sommer des Jahres 1899 erkrankte Frau Dr. E., unter den Erscheinungen einer rechtsseitigen Nierensteinkolik. Fieber, Erbrechen, blutiger Harn, heftige Schmerzen in der rechten Nierengegend. Sie hatte dann Ruhe bis zum Oktober 1900, als alle 3 Tage heftige rechtsseitige Koliken auftraten, die mit dem Abgehen vieler kleiner und Mitte November eines großen, sehr langen Steines endigten. Seitdem hatte sie rechts keine Anfälle und gar keine Schmerzen mehr. Bald darauf aber stellte sich Druckgefühl und Schmerz in der linken Nierengegend ein. Es kam nicht zu richtigen Koliken, wohl aber zu charakteristischen ausstrahlenden Schmerzen von der linken Nierengegend nach unten und vorn. Nach jeder stärkeren Bewegung trat blutiger Harn auf. Die Niere war beiderseits als nicht vergrößert durchzupalpiren. Herr Prof. Rotter, mit dem ich den Fall zusammen behandelte, und ich dachten an einen Stein in der linken Niere.

Die Ureterenuntersuchung ergab folgendes Resultat:

Rechts:	Links:
Harn trübe, albumenhaltig. Sediment: zahlreiche rothe Blutzellen.	Klar, albumenfrei. Im Sediment nur Epithelien.
$\Delta = 0{,}95$,	1,06,
Sa = 0,8,	1,2,
N = 0,24.	0,38.

Auf Grund dieser Ergebnisse stellten wir die Diagnose auf einen Stein im rechten Nierenbecken. Die Minderwerthigkeit der rechtsseitigen Zahlen im Verein mit dem Blut- und Albumenbefund rechts, Freisein des linken Nierenharns führten uns trotz der auf der linken Seite vorhandenen Schmerzen zu der Annahme eines rechtsseitigen Steines. Die Nephrolithotomie, ausgeführt von Herrn Prof. Rotter, ergab die Richtigkeit dieser Diagnose. Pat. ist genesen.

Fall II. Die 34jährige Arbeiterfrau E. B. stammt von gesunden Eltern. Seit 14 Tagen Schmerzen in der rechten Bauchseite; kein Erbrechen; kein Durchfall. Rechts unterhalb des Rippenbogens ein Tumor, der hart und etwas druckempfindlich ist; bei der Athmung nicht verschieblich. Tumor bimanuell von hinten und vorn palpabel. Urin: frei und in jeder Beziehung normal.

Bei der Aufblähung des Rectums mit Luft fühlt und sieht man das Colon vor dem Tumor sich aufblähen. Die Perkussion ergiebt Darmschall oberhalb des Tumors.

Die Ureterenuntersuchung mit Phloridzin ergab auf beiden Seiten klaren normalen Harn und gleiche Werthe für Δ und Sa. Demnach diagnosticirten wir einen Tumor, der die Niere wenig oder gar nicht betrifft, jedenfalls ihre Funktionskraft nicht tangirt hat, einen Tumor, der dem Nierenlager angehört, aber nicht der Niere selbst.

Die Operation, ausgeführt von Prof. Rotter, ergab gemäß unserer Annahme völlige Unversehrtheit der rechten Niere. Dieselbe ist überlagert von einem allseitig mit der Umgebung verwachsenen Tumor der Nebenniere. Nebennierenadenom. Entfernung desselben. Heilung.

Von großem Interesse ist Fall III, der trotz völlig anderer Diagnose dennoch eine gewisse Ähnlichkeit mit dem vorigen hat.

Herr H., 40 Jahre alt, ist immer gesund gewesen. Im Herbst 1899 klagte er aber zeitweise Schmerzen in der linken Lendengegend, eine Art Ermüdungsgefühl. Kein Fieber, keine Schüttelfröste. Bei gelegentlicher Harnuntersuchung wurde etwas Eiweiß gefunden. Dieser Befund wiederholte sich bei späteren Untersuchungen. Bei nun vorgenommener genauer Prüfung konstatirte Herr Geh.-Rath v. Mikulicz eine Vergrößerung der linken Niere. Der untere Pol der linken Niere ist als glatter Tumor fühlbar. Deutliches Ballottement, keine Druckempfindlichkeit. Der Harn ist klar, sauer, frei von rothen Zellen, enthält aber einige Leukocyten und spärliche Phosphate. Da die Schmerzhaftigkeit in der linken Nierengegend und der zeitweise Albumengehalt des Harns fortbestand, rieth Mikulicz, zur diagnostischen Freilegung der Niere, schickte aber zuvor Behufs Ureterkatheterismus den Kranken zu mir. Ich war damals von Berlin abwesend, desshalb konsultirte Pat. einen anderen Chirurgen, der denselben Befund erhob und mit Wahrscheinlichkeit einen Tumor des Nierenbeckens diagnosticirte.

Nach meiner Rückkehr untersuchte ich den Kranken. Ich konnte den Palpationsbefund nur bestätigen. Der Blasenharn zeigte einige weiße Zellen und Spuren Albumen. Der Ureterenkatheterismus ergab Folgendes:

Rechts:	Links:
Harn klar, etwas Albumen, 1 hyaliner Cylinder.	Klar, kein Sediment, feinste Spuren Albumen.
Δ = 1,64,	1,67,
Sa = 1,6.	2,07.

Gestützt auf diesen Befund, der die Funktionskraft der linken Niere als höher erkennen ließ denn die der rechten, gab ich mein Urtheil dahin ab, dass zwar eine Unregelmäßigkeit an der linken Niere vorhanden sei, dass diese aber die Niere selbst unbeschädigt gelassen haben müsse. Der Kranke ging zu Mikulicz zurück und dieser führte die Nephrotomie aus. Die Operation ergab folgendes bemerkenswerthe Resultat, das Herr v. Mikulicz so gütig war, mir mitzutheilen: An der Niere befanden sich mehrere bis hühnereigroße Cysten, die nicht mit dem Nierenbecken zusammenhingen. Nierenbecken und Nierensubstanz selbst frei und normal. Spaltung der Cysten; Tamponade; Heilung. Die Operation hat also unsere Annahme vollauf bestätigt; denn die Cysten hatten die Niere nicht alterirt.

Von großer Wichtigkeit erscheint mir der folgende Fall IV. Er betrifft den 38jährigen Johann B., der mir mit der Diagnose einer Hydronephrose zugeschickt wurde. Pat., bis zum 29. April dieses Jahres vollkommen gesund, erkrankte mit Appetitlosigkeit, Stuhlverstopfung, Schmerzen in der rechten Lendengegend und beständigem Druckgefühl daselbst. Angeblich kein Schüttelfrost, kein Fieber, kein Erbrechen.

Der Urin ist frei von Eiweiß und Zucker, absolut normal. In der rechten Nierengegend fühlt man zwischen den beiden palpirenden Händen einen etwa kindskopfgroßen länglichen Tumor von solider Konsistenz, der dem rechten Nierenlager anzugehören scheint. Palpation ist nicht schmerzhaft. Bei der Aufblähung

des Colon ergiebt die Perkussion tympanitischen Schall; dasselbe liegt also vor dem Tumor.

Die Urinuntersuchung ergab auf beiden Seiten ganz normalen Harn.

Rechts:	Links:
$\Delta = 1,41$,	1,41,
Sa = 2,0%.	2,0%.

Auf Grund dieses Ergebnisses negirten wir die Diagnose Hydronephrose. Der große Tumor konnte danach unmöglich der Niere angehören. Die Punktion des Tumors ergab stinkenden Eiter. Bei der Operation gelangt man retroperitoneal hinter das Colon ascendens in eine große Eiterhöhle, die mit stinkendem Eiter gefüllt ist. Entleerung. Tamponade. Heilung.

So sehr auch Lage und Gestalt dieses perityphlitischen Abscesses eine Nierengeschwulst vorgetäuscht hatten, die gleichen funktionellen Nierenwerthe auf beiden Seiten im Verein mit dem ganz normalen Harn ließen mit Bestimmtheit voraussagen, dass der Tumor nicht der Niere angehören konnte.

Fall V betrifft eine Dame von 33 Jahren, Frau H., die vor 6 Jahren einen Anfall von Gallensteinkolik mit Ikterus gehabt hat. Vor 3 Jahren bekam sie während einer Gravidität heftige Nierensteinkoliken links, nach der Entbindung entleerte sie dann eine große Anzahl Nierensteine.

Im Sommer 1899 erkrankte sie während einer Gravidität wieder an heftigen Nierensteinkoliken, und zwar wieder links. Während eines Anfalles war die Urinmenge wesentlich vermindert. Einige Monate darauf Abgang des Steines nach heftiger Kolik.

Am 4. Januar 1900 erkrankte Pat. plötzlich von Neuem mit heftigen Schmerzen in der rechten Nierengegend, die auch auf Druck schmerzhaft war. Die Schmerzen traten anfallsweise auf, sie strahlten nach der Blase hin aus. Urinmenge auf 500 ccm vermindert; Urin stark getrübt, sauer, im Sediment Epithel und weiße Blutkörperchen. Man fühlt in der rechten Seite einen höckrigen, mäßig beweglichen Tumor, der Verdacht auf Ren mobilis mit Steinen erweckte. Beim Aufblähen des Rectums ist der Tumor nicht mehr zu fühlen. Der Harn enthält geringe Mengen Albumen, Leukocyten.

Der Ureterenkatheterismus ergab folgendes Resultat:

Rechts:	Links:
Harn klar, ohne Sediment.	Trübe, Pus und Albumen in mäßiger Menge.
N = 0,224,	0,35,
$\Delta = 0,59$,	0,69,
Sa = 0,4,	0,4.

Die fast völlige Übereinstimmung der Funktionszahlen, vor Allem aber die Abwesenheit aller corpusculären Elemente in dem rechten Nierenharn bestimmten mich, von einer Operation der rechten Niere abzurathen. Ich nahm an, dass es sich um eine Gallensteinkolik handle, die von einer rechtsseitigen Nierensteinkolik sehr schwer zu differenziren war. Der Verlauf des Falles gab dieser Annahme recht. Wenige Wochen darauf wurde die Pat. gelb. Sie ist nach Ablauf des Ikterus genesen, ohne dass die Koliken wiedergekehrt sind.

Endlich will ich noch 3 Fälle mittheilen, die wir unter dem Namen der Nephralgie zusammenfassen können, einen Krankheitsbildes, das in den letzten Jahren viel von sich reden gemacht hat.

Da die Fälle einander sehr ähnlich sind, so will ich der Kürze halber nur den einen schildern. Er betrifft eine junge Dame, A. W., von 24 Jahren. Vor 2 Jahren Partus. Anfang November plötzlich erkrankt mit Durchfall, Erbrechen und Schmerzen im Leib. Bei der Aufnahme bestanden nur Schmerzen in der

rechten Nierengegend und beim Urinlassen. Druckempfindlichkeit des ganzen Leibes. Niere in der Mammillarlinie palpabel, über faustgroß. Pat. kann nicht Urin lassen, muss katheterisirt werden. Dabei bekommt man nur sehr wenig Urin aus der Blase. Der Harn ist klar, normal, ohne Sediment. Die Lumbalgegend rechts ergiebt Dämpfung. Die rechte Niere ist von weicher Konsistenz und sehr druckempfindlich. Druckempfindlichkeit der Fossa iliaca entlang dem rechten Ureter.

30. November. Ureterkatheterisation.

Rechts:	Links:
Urin = 13 ccm,	13 ccm,
Δ = 0,74,	0,80,
Sa = 0,4%,	0,4%,
N = 0,266%,	0,273%,
kein Albumen, Harn klar,	kein Albumen, Harn klar,

also völlig normale Verhältnisse.

27. December. Pat. klagt von Neuem über plötzlich auftretende, außerordentlich heftige Schmerzen in der rechten Nierengegend. Während des Anfalles wenig Urin, nach dem Anfalle viel Urin auf einmal.

5. Januar. Operation. Niere und Nierenbecken sind frei und normal; auch der Ureter kann bis zur Blase sondirt werden mit einer dicken Sonde. Die Incision wird wieder vernäht; die ganze Wunde ebenfalls wieder geschlossen. Normaler Wundverlauf. Heilung.

Es handelt sich also um einen Fall von Nephralgie, der unter dem typischen Bilde einer Nierensteinkolik verlief und noch besonders interessant ist durch die reflektorische Oligurie. Nur die Gleichwerthigkeit der funktionellen Nierenwerthe und die Abwesenheit von rothen Zellen im Harn ermöglichten die Vorhersage, dass hier ein Stein nicht vorhanden sei.

Die beiden anderen Fälle gleichen dem vorigen, Herrn Rotter gehörigen Falle fast vollkommen. In dem zweiten und in dem dritten, der aus der Praxis des Herrn P. Manasse stammt, bestanden heftige einseitige Nierenschmerzen, die sich zeitweise zu Koliken steigerten. Es fehlten in beiden abnorme Beimischungen zum Harn. Gestützt hierauf, wie auf die Thatsache, dass die Werthe für N, Δ und Sa auf beiden Seiten völlig gleich waren, bestritt ich beide Male das Vorhandensein eines Steines. Bei beiden ergab die Nephrotomie normale Nieren ohne Konkremente.

Ein 4. Fall dieser Art, den ich vor 4 Jahren operirt habe, verlief genau unter dem gleichen Bilde. Heftige, unerträgliche, einseitige Nierenkoliken bei normalem Harn. Während jeder Kolik schwoll die Niere fühlbar an. Ich nahm einen den Ureter zeitweise verlegenden Stein im Nierenbecken an, der jedoch bei der Operation nicht gefunden wurde. Dieser Fall stammt aber aus der Zeit, bevor wir die funktionelle Nierendiagnostik trieben; die Fehldiagnose ist daher nicht zu verwerthen.

In allen 4 Fällen wurde übrigens durch die Operation Heilung herbeigeführt; die Nierenkoliken traten nicht wieder auf. Doch dies nur nebenbei. Ich gehe eben so wenig auf den therapeutischen Effekt der Nierenspaltung, wie darauf ein, wie diese merkwürdigen Fälle zu erklären sind.

Heute interessirt uns nur die diagnostische Seite der Frage, und nach dieser Richtung hin will ich kurz resumiren.

Der Ureterenkatheterismus, verbunden mit der funktionellen Untersuchungsmethode ließ uns im 1. Nierensteinfalle die Seite der Erkrankung, die auf keine andere Weise zu ermitteln gewesen war, mit Präcision erkennen. Im 2. Falle, dem Nebennierenadenom, gestattete er die Vorhersage, dass die Niere selbst nicht ergriffen sei.

Ähnlich war es im dritten, dem Falle mit den Nierencysten. Im vierten verhalf er uns zur Differentialdiagnose zwischen Nierentumor und perityphlitischem Abscess. Im fünften konnten wir eine Gallensteinkolik von einer Nierensteinkolik differenziren. Im 6., 7. und 8. Falle endlich, den Nephralgien, die ganz den Eindruck von Nierensteinkoliken erweckten, durften wir auf Grund unserer Untersuchung das Vorhandensein von Nierensteinen von der Hand weisen.

Ich glaube desshalb, durch Mittheilung dieser Fälle dargethan zu haben, dass der Ureterenkatheterismus, verbunden mit der funktionellen Nierenuntersuchung, der Nierenchirurgie und auch im Allgemeinen der Bauchchirurgie willkommene Unterstützung bei schwierig zu diagnosticirenden Fällen zu leisten im Stande ist.

Zum Schlusse will ich nicht hervorzuheben unterlassen, dass man diese Methode aber nicht unterschiedslos in allen nicht gleich klar liegenden Casus anwenden soll, dass sie vielmehr als ultimum refugium reservirt bleiben muss für diejenigen Fälle, in welchen wir mit den sonstigen bewährten diagnostischen Untersuchungsmethoden nicht zum Ziele gekommen sind. Unsere Methode soll die früheren Verfahren nicht ersetzen, sondern sie soll sie ergänzen.

II.

Ergänzung zu der Mittheilung von Prof. Witzel in No. 40 (1901) dieses Blattes.

Von

Bayer in Prag.

Dem von Prof. O. Witzel publicirten Verfahren zur Behandlung der kongenitalen Hüftluxation liegt eine Idee zu Grunde, welche Gussenbauer noch in Prag ausführte, indem er zur Erhaltung des Resultates nach blutiger Herabhohlung des Schenkelkopfes und zur Anregung periostaler Verdichtungen am Becken zwei, drei Stahlnägel über dem Schenkelkopf in das Becken einschlug[1]. Ich habe dann dieses Verfahren im Prager Kinderhospital wiederholt, und um eine sicherere Fixation des Kopfes zu erzielen, gleichzeitig aber auch die Gelenkkapsel zur Schrumpfung zu bringen, mehrere lange Stahlnägel, welche ich durch einen halbmondförmigen, mit Löchern für die Nägel versehenen Stahlbügel in richtiger Lage zusammenhielt, angewendet. Ich habe den Kopf unblutig herabgeholt und die Nägel perkutan eingeschlagen. Wir haben die Nägel später wieder entfernt; denn sie hatten bloß die Bestimmung, Kapselschrumpfung und periostale Verdickung anzuregen. Da durch dieses Verfahren wohl eine Besserung, doch keine ideale Heilung des Leidens erzielt werden konnte, habe ich es wieder verlassen. Mein

---

[1] XXII. Chirurgenkongress 1893.

gewesener Assistent, gegenwärtig Primarchirurg in Brünn, Herr Dr. Wilh. Bittner erwähnt dieses Verfahren in seiner Publikation »Zur Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung« (Mittheilungen des Centralvereins deutscher Ärzte in Mähren 1900 December).

---

1) **Pfeiffer.** Über Botryomykose.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 30.)

Die Erkrankung kommt beim Pferde relativ häufig vor, und zwar in 3 Typen: 1) als Botryomykose der Haut, 2) als Botryomykom oder Mykofibrom, 3) als botryomykotischer Abscess. Erstere entsteht durch Friktion von Geschirrtheilen auf der Haut und nachfolgende Infektion. Hierbei bilden sich vielfache, erbsen- bis haselnussgroße, blumenkohlähnliche Gebilde. Das Centrum der einzelnen Wucherungen enthielt meist ein sog. Granulationsknötchen mit dem typischen, bis sandkorngroßen, gefärbten Botryomycesrasen.

Das Botryomykom findet sich am häufigsten am Samenstrang, am Euter, der Vorderbrust, dem Halse und besteht aus einer bindegewebigen Neubildung, in welche stecknadelkopfgroße bis hühnereigroße Granulationsherde von grau-gelblicher bis braun-röthlicher Farbe eingesprengt sind. Die Geschwülste können die Größe eines Kürbis erreichen. Der botryomykotische Abscess bildet die häufigste Grundlage der sog. Brustbeule des Pferdes und liegt mit dem Musc. sterno-cleido-mastoideus in der Gegend der Bugdrüsen.

Die Ätiologie der Botryomykose ist noch nicht völlig aufgeklärt. P. glaubt, dass diese Erkrankung durch Infektion mit Kokken zu Stande kommt. Diese ballen sich erst nach längerer Zeit unter gegenwärtig noch nicht näher zu definirenden Umständen zu Kugelhaufen zusammen und grenzen sich durch die Hülle gegen die Nachbarschaft ab. Mehrere solcher umhüllter Kokkenhäufchen legen sich nun neben einander und bilden den Kugelrasen. In der Hülle sieht man nur wenig gefärbte Kokken, in späteren Fällen überhaupt keine mehr; bei ganz alten Botryomykomen findet man die Mehrzahl der Kugelhaufen vollkommen verkalkt.

Es macht den Eindruck, dass die Kugelhaufen oder Botryomycesrasenform der Kokken das Produkt eines degenerativen Vorganges darstellt.

Die Ausbreitung des Processes erfolgt in der Mehrzahl der Fälle in der Nachbarschaft, seltener durch Metastasenbildung. Die freien Kokken gelangen auf dem Wege der Lymph- und Blutbahnen in innere Organe, finden dort schlechte Existenzbedingungen und verfallen der Degeneration zu Botryomycesrasen, wie im Primärherde.

Borchard (Posen).

---

2) **H. Higier.** Zur Myasthenia paroxysmalis angiosclerotica und der sog. spontanen Gangrän.

(Gaz. lekarska 1901. No. 12—14.)

Auf Grund reicher eigener Erfahrung so wie eines genauen Studiums der Litteratur gelangt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) Das Leiden scheint in Russisch-Polen und Litthauen namentlich unter der jüdischen Bevölkerung relativ häufig zu sein und namentlich bei jungen Männern vorzukommen. 2) Unter den prädisponirenden Momenten spielen neuropathische Veranlagung und Enge des Gefäßsystems eine besondere Rolle. 3) Zu den veranlassenden Ursachen gehört häufige Durchnässung, Überanstrengung der Füße, zum Theil Nikotinismus und Alkoholismus. Syphilis scheint fast gar nicht in Betracht zu kommen. 4) Die Angiosklerose tritt mit Vorliebe an den unteren Extremitäten, oft symmetrisch auf. 5) Im klinischen Bilde sind dreierlei Schmerzformen zu unterscheiden: a. Schmerzen während des Gehens, welche oft Hinken verursachen, b. in späteren Stadien quälende Parästhesien, c. Schmerzen als Begleitsymptom der Gangrän. 6) Es bestehen zweifellos 2 Formen von Angiosklerose, die eine mit dem primären Sitz im Gefäßsystem, die andere mit primärer Degeneration der Nerven und sekundärer Obliteration der Gefäße.

Trzebicky (Krakau).

---

3) **C. Adrian.** Über Neurofibromatose und ihre Komplikationen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXI. Hft. 1.)

Unter Berücksichtigung der Litteratur wie gestützt auf 12 eigene Beobachtungen aus den Straßburger Kliniken erörtert Verf. verschiedene Erscheinungsformen, insbesondere die Komplikationen der Neurofibromatose. Von den generellen oder Kardinalsymptomen des Leidens, den zahlreichen Haut- und Nervenfibromen so wie den Pigmentveränderungen müssen, wie er ausführt, zunächst eine Reihe von Symptomen zweiter Ordnung abgetrennt werden, welche — wie Angiome, Neurolipome, Komedonen — noch nicht als eigentliche Komplikationen anzusehen sind. Es können ferner generelle Symptome auch an Schleimhäuten, serösen Überzügen, drüsigen Organen etc. auftreten. Unter den eigentlichen Komplikationen werden zunächst diejenigen Veränderungen erwähnt, welche an Neurofibromen selbst vor sich gehen und die Folge von Druckläsion, Cirkulationsstörungen, Infektion oder bösartiger Degeneration sein können. Dann werden die bei Neurofibromen beobachteten Anomalien seitens des Intellektes und der Psyche so wie ferner die sehr verschiedenartigen physischen Störungen geschildert, unter welchen angeborene oder doch in frühester Jugend bemerkbar werdende Veränderungen die größte Rolle spielen. Eine besonders eingehende Behandlung erfährt die Beeinflussung des Nervensystems bezw. die Funktionsstörungen desselben. Der Umstand, dass bei den Kranken so vielfach Miss- und Hemmungs-

bildungen vorkommen, bietet nach Verf. eine neue wesentliche Stütze für die Annahme, dass die Neurofibromatose als Hemmungsbildung im weiteren Sinne aufzufassen sei. **Honsell** (Tübingen).

---

4) **Wlaeff** (Saint-Pétersbourg). Traitement de tumeurs malignes par le serum anticellulaire. — Rapport par M. Paul Regnier.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 132.)

Regnier berichtet über die hochinteressanten Untersuchungen W.'s über die Ätiologie und Therapie der bösartigen Geschwülste. W. hat an 504 Thieren, Katzen, Hunden, Hühnern, Affen, Mäusen, Ratten, Meerschweinchen, Kaninchen, Tauben, Gänsen, Eselinnen experimentirt, und zwar über die Bedeutung der aus bösartigen Geschwülsten des Menschen gezüchteten Blastomyceten. Er stellte fest, dass die von anderen Forschern, San Felice, Curtis, Plimmer isolirten Blastomyceten sich wenig von einander unterscheiden, dass sie aber, wie die Bakterien, in ihrer Virulenz durch Passage des Thierkörpers gestärkt werden können, dass ihre Virulenz und ihre Morphologie im Organismus der verschiedenen Thiere sich verändert. Hierdurch erklärt er sich das verschiedene Resultat der Impfungen von Reinkulturen solcher Blastomyceten, welche bald Septhämie, bald akute Nephritis, Pneumonien, Abscesse, Cysten, Pseudolupus, zuweilen aber auch wirkliche Neubildungen erzeugten, die von anerkannten Autoritäten durch das Mikroskop als Adenome anerkannt wurden.

Während er diese Untersuchungen vornahm, suchte W. zugleich durch Immunisation ein aktives Serum gegen die Blastomyceten zu erlangen und gewann ein solches durch Impfung von Vögeln, Tauben, Hühnern, Gänsen, Thieren, die gegen die Blastomyceten refraktär sind.

Injicirte er dies Serum Ratten, bevor er ihnen Blastomyceten einimpfte, so blieben sie nach dieser Impfung gesund, während sie ohne vorgängige Seruminjektion nach der Blastomycetenimpfung erkrankten. — Injicirte er das Serum Thieren, welche Geschwülste hatten, so genasen die Thiere, falls die Geschwülste noch nicht generalisirt waren, indem die Neubildung nekrotisirte, abfiel, die Wundfläche vernarbte; anderenfalls starben sie. — Untersucht man das peritoneale Exsudat einige Tage nach der Seruminjektion, so findet man eine Anzahl Blastomycetenzellen von polynucleären Zellen umgeben, andere im Zerfall begriffen und von Leukocyten eingehüllt, so dass es den Anschein gewinnt, dass das Serum durch Anregung der Phagocytose wirkt.

Auf Grund dieser Thierversuche entschloss sich W., das Serum bei der Behandlung des Carcinoms des Menschen zu versuchen, bisher freilich nur bei inoperablen Fällen. Die ersten Versuche wurden in der Abtheilung Regnier's gemacht. Der erste Pat. war ein

Mann mit ausgedehntem Unterlippenkrebs mit Anschwellung der submaxillaren Lymphdrüsen. Die während eines Monates vorgenommenen Injektionen besserten den Zustand so, dass Regnier dann die Geschwulst exstirpiren konnte und eine Lippenplastik vornahm. Eine einige Zeit danach auftretende verdächtige Ulceration der Lippe heilte unter der Serumbehandlung. Dagegen machte ein Drüsenrecidiv eine neue Operation erforderlich. — Der Serumbehandlung unterworfen wurden ferner 3 Fälle von Brustkrebs, ein recidivirendes Sarkom des Wadenbeins, 4 Zungencarcinome, 1 Krebs des Gaumensegels. Der letzte Pat. starb in Folge einer Schluckpneumonie. Bei allen anderen Pat. konnte eine wirkliche Besserung konstatirt werden bezüglich der Schmerzen, des Allgemeinbefindens, der Blutungen, die zum Stillstand kamen, des Schlafes und des wiederkehrenden Appetites. Einige sehr auffallende Fälle werden ausführlich mitgetheilt. Bei keinem Pat. wurde freilich bisher eine wirkliche Heilung erzielt; die Geschwülste wurden wohl kleiner und schmerzlos, aber verschwanden nicht vollständig.

Die Wirksamkeit der Seruminjektionen zeigte sich auch darin, dass das Geschwulstgewebe, gleichviel wie weit entfernt von ihm die Injektion vorgenommen wurde, zunächst eine kongestive Schwellung mit Zunahme des Schmerzes erkennen lässt, welche aber nachher von Abschwellung und Schmerzabnahme gefolgt ist. An der Stelle der Impfung selbst tritt nach einigen Stunden eine Schwellung und erythematöse Röthung der Haut ein, die sich ziemlich weit ausdehnen kann. Während der 2 ersten Tage beobachtet man eine geringe Temperatursteigerung, um so höher, je größere Dosen man injicirte. Andere Störungen wurden nicht bemerkt. — Injektionen von Serum nicht immunisirter Gänse blieben wirkungslos.

Weitere Versuche müssen abgewartet werden.

Reichel (Chemnitz).

---

5) **Sackur.** Gelatine und Blutgerinnung.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. VIII. Hft. 1 u. 2.)

Die jetzt viel ventilirte Frage des Nutzens von Gelatineinjektionen bei schweren Blutungen studirte S. experimentell im Institut Filehne's und prüfte in erster Linie die Versuche von Dastre und Floresco nach.

Ließ er aus Arterien von Hunden oder Kaninchen Blut in Schälchen mit saurer oder neutralisirter Gelatine fließen, so ließ sich keine Beschleunigung der Gerinnung des Blutes nachweisen gegenüber der Gerinnung desselben ohne Gelatinezusatz.

Spritzte er Thieren Gelatine in die Venen ein, so gerann das Blut nicht schneller, als es bei diesen Thieren geschehen war, bevor die Gelatineinfusion stattgefunden hatte.

Nach subkutaner Injektion von Gelatinelösung zeigten Hunde keine Veränderung in der Schnelligkeit der Blutgerinnung. Bei

Kaninchen wurde zwar öfters, aber keineswegs immer, ein schnellerer Eintritt der Blutgerinnung beobachtet.

Einen sehr bemerkenswerthen Nebenbefund erhob S. Er fand, dass alle Kaninchen, denen intravenös Gelatine eingespritzt war, nach 24 Stunden starben. Als Ursache ergaben sich Gefäßverlegungen und Blutungen in Lungen, Herz und Nieren. Da sich nun mikroskopisch bei Zusatz von Gelatine zum Blut eine Konglutinirung der rothen Blutkörperchen nachweisen lässt, so sind wahrscheinlich Ballen verklebter rother Blutkörperchen die Ursache der Gefäßverstopfungen. In diesem Sinne kann man also von einer die Coagulation begünstigenden Wirkung der Gelatine sprechen. Danach ist die Anwendung der Gelatine durchaus nicht als so völlig ungefährlich anzusehen, wie das bisher geschehen.

Bei direkter Applikation der Gelatine auf Wunden war eine besonders schnelle Hämostase nicht zu konstatiren.

Die Anwendung der Gelatine dürfte den meisten Erfolg versprechen bei Blutungen in sackförmige Räume, in denen also die Cirkulation verlangsamt ist; also bei Blutergelenken, sackförmigen Aneurysmen. **Haeckel** (Stettin).

---

6) **E. Giordano.** Ricerche sperimentali intorno al valore della gelatina come emostatico nelle ferite e resezioni del fegato.

(Arte medica 1901. No. 27.)

G. hat die Experimente von Cornil und Carnot (Semaine méd. 1898) über den hämostatischen Werth der Gelatine bei Schnitt- und Resektionswunden der Leber an Hunden und Kaninchen nachgeprüft. Die Resultate, welche er erzielte, waren weniger günstige: Die Gerinnsel hätten zwar unter dem Einfluss der direkt auf die Wunde gebrachten Gelatine die Tendenz sich zu organisiren, da Verf. eine sekundäre Blutung nie beobachtete; immerhin sei der hämostatische Werth der Gelatine bei der Leber ein sehr geringer und versage bei Verletzungen größerer Gefäße. Für den Menschen würde dieselbe sonach nur bei parenchymatösen Leberblutungen event. in Frage kommen. **A. Most** (Breslau).

---

7) **A. Tédeprade.** L'analgesie par injections de cocaine sous l'arachnoide lombaire en chirurgie.

Thèse de Paris, 1901.

Nach einem kurzen historischen Überblick über die Entstehung der Methode, bei welchem die Arbeiten Bier's annähernd gewürdigt werden, beschreibt Verf. ausführlich die Technik, wie sie Tuffier angegeben, und die Erfolge größtentheils an der Hand von 60 eigenen Beobachtungen. Misserfolge sah er nie, glaubt dieselben vielmehr lediglich Fehlern in der Technik zuschreiben zu müssen, während Tuffier selbst eine Idiosynkrasie für einzelne Fälle zugiebt. Die

Gefahren und vor Allem die durch das Verfahren veranlassten Todesfälle erscheinen indess nicht genügend gewürdigt; denn sonst könnte Verf. unmöglich zu dem Schlusse kommen, dass die unangenehmen Begleiterscheinungen selten länger wie einen Tag dauern, keine Gefahren vor Allem für das Herz haben, und somit die Methode schon heut, wenn nicht überlegen, so doch mindestens gleichwerthig den anderen Anästhesirungsmethoden sei. **Coste** (Straßburg i/E.).

---

8) **A. Chipault.** L'anatomie du canal sacré à propos de la technique des injections sous-arachnoïdiennes et épidurales.

(Tribune méd. 1901. Juli 17.)

Die Lumbalpunktion sollte nicht im Bereiche der lumbalen Zwischenwirbelräume, sondern im lumbosacralen Zwischenraume gemacht werden, weil dieser geräumiger, von leicht bestimmbaren Anhaltspunkten umgeben ist und direkt in den Subarachnoidalraum führt, so dass keine Gefahr vorhanden ist, die Nervenwurzeln zu verletzen.

Die Epiduralpunktion sollte in der Weise ausgeführt werden, dass man sich der Cornua sacralia als Anhaltspunkt für den Eingang in den Sacralkanal bedient, die Nadel sodann an der Hinterwand des Kanals entlang wenigstens 5 cm nach oben führt. Man vermeidet so am besten eine Verletzung der an der Vorderwand des Kanals liegenden Nerven. Es ist nothwendig, möglichst hoch hinauf einzuspritzen, weil die Nervenwurzeln und ihr Venensystem segmentweise angeordnet sind, weil ferner im Leben das epidurale Fett flüssig und in bindegewebigen Fächern eingeschlossen ist, welche der Injektionsflüssigkeit Widerstand leisten. **Mohr** (Bielefeld).

---

9) **M. Wolff.** Demonstration von Präparaten tuberkulöser Thiere nach Hetol- (Zimmtsäure) und Igazolbehandlung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 28.)

Einen irgend wie günstigen Einfluss von Hetol auf experimentell erzeugte Tuberkulose konnte W. nicht nachweisen. Die Igazol-Meerschweinchen sind sogar sämmtlich früher gestorben. Außerdem aber wurden noch leichtere, unkomplicirte Fälle von menschlicher Tuberkulose mit Hetol behandelt. Doch auch hier hat weitaus in den meisten Fällen die Behandlung versagt. Auch das Resultat der Igazolbehandlung in Bezug auf den lokalen Erfolg spricht durchaus gegen Anwendung des Mittels. Bei Männern 9mal Status idem, 1mal Hämoptoe, 2mal Verschlechterung, 1mal Exitus letalis; bei Frauen 9mal Status idem, 5mal Verschlechterung.

Borchard (Posen).

---

10) **M. Treves.** Ricerche sperimentale intorno al potere di assorbimento della mucosa uretrale.

(Gazz. med. di Torino 1901. No. 27.)

Nach den Versuchen von T. besitzt die Harnröhre zwar eine beträchtliche Resorptionsfähigkeit, dieselbe unterliegt aber bedeutenden individuellen Schwankungen. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

---

11) **C. Parascandolo** (Neapel). Contributo all' etiologia e patogenesi della cistite.

(Clinica chir. 1900. No. 7—10.)

Sehr ausführliche bakteriologische und experimentell-pathologische Arbeit, aus deren Schlusssätzen angeführt sein mag:

3) Akute Cystitis ist an eine bakterielle Infektion oder an eine Intoxikation mit deren Stoffwechselprodukten gebunden.

4) Impfung mit Reinkulturen pyogener Mikroben in eine gesunde Blase erzeugt nicht Cystitis.

5) Impfung mit Proteus vulgaris in Reinkultur erzeugt in einer gesunden Blase Cystitis.

6) Eben so Impfung mit Toxinen von Staphylococcus pyogenes albus, Bacterium coli commune, Proteus vulgaris.

8) Subkutane Inokulation filtrirten Urins von Infektionskranken erzeugt Cystitis.

9) Wird die Blasenwand durch Traumen, Kälte, Ätzungen oder Harnretention verändert und werden dann Reinkulturen in die Blase gebracht, so können die anfänglichen Erscheinungen der Cystitis eintreten; wird aber die Blase mit löslichen Stoffwechselprodukten beschickt, so entwickelt sich das klassische Bild der schweren Cystitis.

11) Schwere Schädigungen des centralen Nervensystem erzeugen Funktionsstörungen der Blase.

12) Treten dazu Bakterienimpfungen, besonders Toxininokulation, so entsteht schwere Cystitis und neurotrophische Zerstörungen der Blasenwand. **J. Sternberg** (Wien).

---

12) **Fiori.** Degli interventi chirurgici sul rene.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1901. No. 96.)

F. zeigt, dass, wenn man der Nierenresektion in einem zweiten Akt die Resektion der gegenüberliegenden Niere folgen lässt, die Erfolge besser sind, als wenn man zuerst die Nephrektomie vornimmt und dann die Nephrotomie auf der anderen Seite.

Dreyer (Köln).

---

13) **Roskam.** Le rein mobile et son traitement.

(Gaz. de gynécol. 1901. August 1.)

Entwickelt sich eine Wanderniere erst im Verlauf einer Neurasthenie oder Hysterie, so ist auf die Behandlung dieser Erkran-

kungen das Hauptgewicht zu legen, und die operative Behandlung erst dann am Platze, wenn die anderen Methoden versagen. Dagegen soll eine Wanderniere, welche bereits vor der Entwicklung einer Hysterie oder Neurasthenie bestand, immer möglichst bald operirt werden, da sie in diesem Falle die genannten Erkrankungen verursacht und unterhält. Außerdem ruft jede schmerzhafte Wanderniere in den Verdauungsorganen Störungen und Bildung von Toxinen hervor, welche auf Hysterische und Neurasthenische notorisch sehr ungünstig einwirken.

Mohr (Bielefeld).

---

14) **P. Delbet.** De la contusion rénale et son traitement.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1901. No. 6 u. 7.)

Die vorliegende Arbeit stützt sich auf 319 Fälle von Nierenkontusionen (in der am Ende der Arbeit zusammengestellten Kasuistik sind aber 321 Beobachtungen aufgezählt). In 225 Fällen wurde kein chirurgischer Eingriff vorgenommen: 122 Heilungen, 103 †. In einer großen Anzahl dieser ungünstig ausgegangenen Fälle lagen noch schwere anderweitige Verletzungen vor; die Nierenkontusion war nicht die Todesursache. In 50 Fällen wurde primär oder sekundär operativ eingegriffen, sei es mittels Punktion, Incision oder partieller Nephrektomie. 48 Heilungen auf 2 Todesfälle. Bei 44 Kranken wurde die primäre oder sekundäre Nierenexstirpation vorgenommen: 33 Heilungen, 11 Todesfälle. Keiner dieser Todesfälle ist der Nephrektomie selbst zur Last zu legen, wohl aber sind mehrere dadurch verschuldet, dass man die Operation zu spät ausgeführt hat.

Auf Grund seiner Untersuchungen stellt D. folgende Schlusssätze auf: Die Behandlung der Nierenkontusion ist rein symptomatisch. Ein unmittelbarer chirurgischer Eingriff ist nur dann indicirt, wenn man einen Einriss ins Bauchfell und eine intraperitoneale Blutung vermuthet. Die Blutung an und für sich ist niemals Indikation für einen unmittelbaren Eingriff. Sekundär muss operativ eingegriffen werden bei subperitonealem andauernd wachsendem Bluterguss, bei Anurie und bei andauernder Hämaturie. Auch bei sekundären Blutungen sind operative Eingriffe indicirt. Die operative Behandlung soll möglichst konservativ sein. Man entfernt die verletzte Niere nur dann, wenn der Nierenstiel zerrissen ist, oder wenn die Niere auf dem Durchschnitte ein »braungelbes Aussehen« zeigt als sicheres Symptom einer schweren, tiefergehenden Parenchymveränderung. In allen anderen Fällen legt man die Niere frei, tamponirt und lässt die Hautwunde weit offen.

Paul Wagner (Leipzig).

---

15) K. G. Lennander. Über Spaltung der Nieren mit Resektion des Nierengewebes bei akuter Pyelonephritis mit miliaren Abscessen.

(Nord. med. arkiv 3. F. Abth. I. p. 1. [Deutsch.])

Die Heilwirkung der Nierenspaltung auf die akute, nicht in Folge einer Retention entstandene Nephritis ist in den letztverflossenen 10 Jahren von mehreren Forschern konstatirt worden. Verf. giebt in vorliegender Arbeit zuerst eine Übersicht der diesbezüglichen bisher veröffentlichten kasuistischen Mittheilungen und bespricht danach in kritischer Weise die diagnostischen und therapeutischen Einzelheiten. Darauf folgt eine ausführliche Mittheilung von 5 Fällen akuter Pyelonephritis mit miliaren Abscessen, welche Fälle Verf. selbst operirt hat. Es mag von den sehr ausführlichen, mit epikritischen Bemerkungen versehenen Krankengeschichten eine zusammenfassende Übersicht gegeben werden.

Fall 1. 27jährige schwangere, vorher syphilitisch inficirte Frau, die mit Temperatursteigerungen, Lumbalschmerzen und Albuminurie 13 Tage vor der Entbindung akut erkrankte. 3 Tage nach der Entbindung Excision (Lumbalschnitt) einer kleineren Partie des Nierenparenchyms, welches miliare Abscesse in der Richtung der Kanäle enthielt; Gazetamponade; schnelle Entfieberung. Heilung.

Fall 2. Inficirtes, großes Ovarialkystoma mit Perimetritis und vergrößertem Uterus mit lebhaft blutenden Polypen (klinische Diagnose: Carcinoma corporis uteri). Am 27. September 1899 Exstirpation des Ovarialkystoms, des Netzes, der Gebärmutter und des oberen Scheidentheils. Am 6. Oktober kam Urin durch die Scheide, und es zeigte sich ein Loch in der Harnblase oberhalb der Scheide. Im Übrigen Alles gut bis zum 23. Oktober; dann stellten sich plötzlich gewaltsame Symptome einer suppurativen Pyelonephritis in der herabgesunkenen rechten Niere ein. Am 28. Oktober Nephrotomie mit Spaltung der ganzen Niere und Excision der am meisten veränderten Theile derselben (miliare Abscesse). Tamponade; vollständige Genesung.

Fall 3. 46jährige Frau, erkrankte am 14. Oktober 1899 an akuter Cystitis. 2. November akute Pyelonephritis in der herabgesunkenen rechten Niere. 4. November rechtsseitige Nephrotomie mit Excision der erkrankten Theile der Niere (miliare Abscesse). 11. Januar 1901 war der Urin steril; 16. März geheilt und »gesund« aber mit Spuren von Eiweiß und spärlichen Leukocyten entlassen. 22. Mai akute Pneumonie und akute hämorrhagische Nephritis; 29. Mai Krisis. Unter Milchdiät war der Urin am 15. Juni von Eiweiß und Cylindern frei geworden. 20. Oktober 1900 fühlte sich Pat. gesund, hatte aber wieder Eiweiß und Cylinder im Urin.

Fall 4. Bei einem 40jährigen Tischler mit Lungentuberkulose zeigten sich Cystitissymptome, und $2^1/_2$ Wochen später, 10. December 1899, traten Schmerzen zuerst in der rechten, dann auch in der linken Nierengegend auf. Am 15. December Nephrotomie mit Resektion von Nierengewebe wegen rechtsseitiger Pyelonephritis mit miliaren Abscessen — Bacterium coli in Reinkultur. Zustand gut bis zur Nacht vom 19. zum 20. December, wo eine Blutung durch Blase und Harnröhre begann. Fieber, heftiger Harndrang, Blase mit Blut gefüllt. Der behandelnde Arzt, welcher der Meinung war, dass eine nicht zu stillende Blutung aus der rechten Niere vorliege, legte am 21. December eine Zange an die Gefäße derselben. Pat. starb an Septhämie am 24. December. Die Blase war mit verjauchenden Gerinnseln gefüllt, Diphtherie und Blutungen in der Schleimhaut. Rechter Harnleiter etwas erweitert, in der linken Niere nur parenchymatöse Degeneration. Tuberkulose in der linken Lungenspitze und beinahe im ganzen oberen rechten Lungenlappen.

Sepsis. Vielleicht eine Doppelinfektion — Tuberkulose und Bacterium coli der rechten Niere.

Fall 5. Frau von 40 Jahren. Übereilte Entbindung im December 1899. Danach eine Harnleiter-Gebärmutter-Scheidenfistel. Am 3. Juni Nephrotomie mit Resektion von Nierengewebe wegen einer akuten rechtsseitigen Pyelonephritis mit miliaren Abscessen. Infektion wahrscheinlich durch Bacterium coli verursacht. Vor und nach dieser Operation Zeichen von Nephritis in der linken Niere. Im September 1900 findet man, dass, während 1150 ccm Urin aus der rechten Niere durch die Lumbalfistel aufgesammelt wurden, 1380 ccm aus der linken Niere in die Harnblase kamen. Vom Ganzen des abgesonderten Harnstoffes, Chlornatrium und Schwefelsäure kamen etwa $^1/_3$ aus der rechten, $^2/_3$ aus der linken Niere (Mörner). Am 21. September Uretero-Cysto-Neostomie extraperitoneal. Am 9. November wurde Pat. fast geheilt und gesund, aber mit Spuren von Eiweiß, Leukocyten und hie und da einem körnigen Cylinder im Harn entlassen. Am 19. Januar 1901 »gesund« und frei von Eiweiß und Cylindern.

Verf. fasst die Schlussfolgerungen seiner sehr instruktiven Arbeit in folgender Weise zusammen.

Bei frühzeitig gestellter Diagnose und frühzeitig ausgeführter Operation (Spaltung der Niere nebst Resektion der am meisten veränderten Theile) kann man hoffen, auch bei Pat., welche nicht an Harnretention leiden, zu finden:

1) dass eine akute Pyelonephritis mit miliaren Abscessen häufiger einseitig ist als man bisher auf Grund der Sektionsresultate (16 : 100) geglaubt hat und

2) dass die Veränderungen in der operirten Niere häufig nicht weit ausgebreitet sind, so dass ein großer Theil dieser Niere gerettet und seine natürliche Funktion wieder hergestellt werden kann.

Hansson (Cimbrishamn).

---

7) F. Legueu. Des formes communes de la tuberculose rénale et des indications de la néphrectomie.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1901. No. 6.)

Verf. theilt zunächst 2 Beobachtungen mit, von denen die eine einen Fall von primärer Blasentuberkulose mit sekundärer Betheiligung der einen Niere, der andere eine primäre Nierentuberkulose mit sekundärer Infektion der Blase betraf. Bei beiden Kranken brachte die Exstirpation der erkrankten Niere auffallend rasche Besserung.

Verf. geht dann genauer auf die Symptomatologie und Diagnose der Nierentuberkulose ein, zunächst derjenigen Form, wo keine Blasenerscheinungen vorhanden sind, dann der mit Cystitis kombinirten Nierentuberkulose, bei der häufig die Blasenerscheinungen in den Vordergrund treten. Bezüglich der Behandlung der Nierentuberkulose bevorzugt L. natürlich auch die lumbale Nephrektomie; er führt dieselbe aber nur dann aus, wenn der tuberkulöse Process fortschreitet, zur Abmagerung führt, wenn Hämaturie vorhanden ist und starke Schmerzen die Kranken peinigen. Denn der Verf. kennt Kranke mit sicherer Nierentuberkulose, bei denen der Process seit Jahren

still zu stehen scheint, und bei denen er desshalb eine Nephrektomie nicht für indicirt halten würde.

Die Nephrektomie ist natürlich auch kontraindicirt bei Erkrankung der anderen Niere, während Blasentuberkulose oder Lungentuberkulose keine Kontraindikationen bilden. Tuberkulöse Blasenaffektionen sind fast immer auch bei primärer Nierentuberkulose vorhanden; die Nephrektomie ist auch hier von günstigem Einflusse: in die Blase gelangt kein bacillenhaltiger Urin mehr, und die Blasenschleimhaut kann dann mit viel besserem Erfolge direkt behandelt werden. Auch die Lungentuberkulose wird durch die Exstirpation der tuberkulösen Niere günstig beeinflusst.

Die Nephrektomie wird auf lumbalem Wege vorgenommen. Der Harnleiter wird bei stärkerer Erkrankung möglichst vollkommen entfernt, sonst nur in seinem oberen Theile resecirt.

Paul Wagner (Leipzig).

---

17) **Jachontow.** Über Transplantation der Harnleiter in den Mastdarm.

Diss., St. Petersburg, 1901. (Russisch.)

J. bringt 107 Fälle aus der Litteratur. Indikationen zur Operation: Bildungsfehler der Blase 74mal, Carcinom, Sarkom, Tuberkulose der Blase 15, Blasenfisteln 4, Uteruscarcinom 6, Verwundungen der Harnleiter bei Operationen 4, unbekannt 4. Operationsmethoden: 1) seitliche Anastomosen zwischen Harnleiter und Mastdarm 2mal, zwischen Blase und Mastdarm 9mal; 5 starben, bei 2 schloss sich die Fistel wieder, bei 4 war das unmittelbare Resultat gut. 2) Einpflanzung des centralen Harnleiterendes in den Darm, 34mal; 22 starben, 10 wurden geheilt, 2 unbekannt. 3) 50 Operationen nach Maydl und 10, wo der Blasenlappen in andere Theile des Darmes eingepflanzt wurde. 12 starben, 1 temporärer Erfolg, 47 wurden geheilt. 4) 2 Fälle von künstlicher Blasenbildung: Gersuny — Tod, Ssubbotin — geheilt. Um die Bedeutung der Transplantation des Trigonum vesicae in den Darm zu studiren, machte J. 21 Experimente und kam zu folgenden Schlüssen: Untersuchung des transplantirten Stückes nach 3—18 Monaten zeigt vollständige Einheilung in den Darm. Das Stück kann sich mit regenerirtem Epithel bedecken, das aber später wieder schwinden kann und durch gefäßreiches Granulationsgewebe ersetzt wird; letzteres kann selbst nach $1^1/_2$ Jahre unvernarbt sein. Das Darmepithel leidet wenig unter dem Einflusse des Urins und nur in nächster Nähe des Lappens. Überwachsung des letzteren durch Darmepithel wurde nicht beobachtet. In den Harnleitern sah man Zerfall des Epithels, zuweilen unter Mitwirkung von Bakterien. In den Nieren waren immer deutliche Veränderungen, von schwachen parenchymatösen bis zu schweren interstitiellen, selbst eitrigen Entzündungen. J. kommt zum Schlusse, dass die Transplantation des Trigonum in den Darm zu verwerfen

ist; man muss Methoden ausarbeiten, wo der Urin in vom übrigen Darm ausgeschaltete Behälter geleitet wird.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

18) **R. Duhot.** Contribution à l'étude anatomo-pathologique des vésicules séminales.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1901. No. 7.)

Die vom Verf. im Wiener pathologischen Institut angestellten eingehenden pathologisch-anatomischen Untersuchungen über die Samenbläschen haben ergeben, dass die Spermatocystitis — sowohl die akute wie die chronische Form — viel häufiger ist, als man gemeinhin glaubt. Die Blennorrhagie ist nicht die einzige Ursache dieser Affektion, alle Eiterungsmikroben können sie hervorrufen. Besonders häufig ist die chronische Spermatocystitis, entweder als Folge einer chronischen Blennorrhagie, oder verursacht durch die häufigen Entzündungen der Nachbarorgane. Die durch die Entzündung erzeugten pathologisch-anatomischen Veränderungen in den Samenbläschen sind zahlreich und schwer, sie können die Funktionen des Organs hindern und Unfruchtbarkeit verursachen, indem sie den Samen schädigen und die Spermatozoen tödten.

Paul Wagner (Leipzig).

---

19) **Marraosini.** Contributo allo studio delle alterazioni del testicolo consecutive alle lesioni del cordone spermatico e in modo speciale del dotto deferente.

(Gasz. degli ospedali e delle clin. 1900. No. 111.)

M. führte seine Versuche in 6 Serien durch, und zwar an Hunden jeglichen Alters (jungen, erwachsenen, alten). Entweder durchtrennte er allein das Vas deferens oder den Nervus spermaticus oder den Samenstrang oder Vas deferens plus Samenstrang. Oder er führte eine langsame Vernarbung des Vas deferens herbei. Wenn ein Theil der Wandung des Vas deferens erhalten ist, so besteht die Möglichkeit einer neuen Kanalisirung. Die Resektion des Vas deferens und die Retention der Samenflüssigkeit hat auf die Epididymis nur die Wirkung einer Erweiterung der Kanäle. Der Hoden wird dagegen durch einen Verschluss des Vas deferens gar nicht afficirt, während eine einfache Samenstrangresektien regressive Ernährungsstörungen bis zum Untergang der Spermatogenese, aber keine Sklerose veranlasst. Letztere wird durch Resektion des Nervus spermaticus hervorgerufen. Die Funktion der Spermatogenese ist also wahrscheinlich unabhängig von trophischen Einflüssen. Sehr wichtig ist, dass immer, wenn Ernährungsstörungen eintraten, eine Wucherung der interstitiellen Zellen, namentlich in der Gefäßnachbarschaft stattfand, ohne dass selbst nach 152 Tagen wirkliche sklerotische Veränderungen sich angeschlossen hätten.

Dreyer (Köln).



20) **F. Labadie-Lagrave** et **F. Legueu.** Traité médico-chirurgical de gynécologie. Deuxième édition, revue et augmentée.

Paris, **Félix Alcan,** 1901. 1258 p. Avec 323 figg. dans le texte.

Wie in der im Jahre 1898 erschienenen 1. Auflage dieses Werkes haben die Verff. auch jetzt wieder den Zusammenhang zwischen Gynäkologie und allgemeiner Medicin hervorgehoben.

In dieser Auflage sind die neueren Ergebnisse der Forschung umfassend berücksichtigt. Ausführlicher bearbeitet wie früher sind die Kapitel über die Verletzungen des Uterus, über Fremdkörper in demselben, ferner über die Tuberkulose der Genitalien, die Stieldrehungen bei Adnexgeschwülsten und die Tuboovarialcysten.

Bei der chirurgischen Behandlung der Erkrankungen der weiblichen Genitalien haben die Verff. u. A. die Enukleation der Myome, ferner die abdominale Totalexstirpation (bei Tubenaffektionen, Carcinomen und Myomen) eingehend berücksichtigt.

Eine wesentliche Vermehrung haben auch die Abbildungen erfahren.

Das Werk bringt in seinen einzelnen Abtheilungen sehr übersichtlich und klar alles Wissenswerthe und kann nur bestens empfohlen werden. **Neck** (Chemnitz).

21) **Perrin.** Contribution à l'étude de la leucoplasie vulvo-anale, ses rapports avec le kraurosis vulvae, son traitement.

(Annal. de dermatol. et de syphil. 1901. Hft. 1.)

Auf Grund klinischer Beobachtungen und mikroskopischer Untersuchungen (2 Krankengeschichten) kommt P. zu dem Schluss, dass Leukoplakie und Kraurosis nur verschiedene Entwicklungsstufen derselben Affektion sind. Er räth zur operativen Entfernung, weil sich sehr oft Carcinome aus den ursprünglich gutartigen Herden entwickeln. Außerdem erscheint ihm dieser Eingriff als einzig rationell gegenüber einem so lästigen und quälenden Leiden. In beiden mitgetheilten Fällen blieben die Pat. mehr als $2^1/_2$ Jahre vollkommen recidivfrei. **W. Klingmüller** (Breslau).

Kleinere Mittheilungen.

22) **v. Leyden.** Ein geheilter Fall von Tetanus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 29.)

22jähriger Pferdeknecht, der schon 2 Jahre zuvor einen Anfall von Kopftetanus gehabt haben will, wurde am 3. Erkrankungstage aufgenommen und bekam gleich nach Entziehung von 10 ccm Spinalflüssigkeit eine Duralinfusion von 5 ccm Antitoxin. Die gleiche Infusion wurde 3 Tage später wiederholt. Der Fall selbst war ein schwerer, da unmittelbar vor der Injektion die Temperatur 41° betrug; am Abend desselben Tages sank sie auf 38,5° und am nächsten Tage auf 37,4°. Eine subkutane Injektion wurde nicht gemacht. **Borchard** (Posen).



23) **Mollard.** Cancer mélanique.

(Soc. nationale de méd. de Lyon 1901. Juli 29.)

Bei dem betreffenden Pat. entstand vor 9 Jahren eine kleine, schwarz pigmentirte Hautgeschwulst am Halse, welche während der nächsten 5—6 Jahre fast stationär blieb. Vor 3 Jahren Entfernung der Geschwulst, 2 Jahre später Entstehung massenhafter kutaner und subkutaner Metastasen über den ganzen Körper, zur Zeit schwere Kachexie, innere Metastasen, außer den Hautgeschwülsten diffuse Hautpigmentation und zahlreiche Pigmentflecke.

Bemerkenswerth ist der verhältnismäßig langsame Verlauf der Erkrankung so wie eine zeitweilig auftretende, intensive, schwarzbraune Färbung des Urins, hervorgerufen durch ein lösliches, vom Uromelanin zu unterscheidendes Pigment. Blut und Eiweiß fehlten im Urin. **Mohr** (Bielefeld).

24) **C. Féré et Marthe Francillon.** Note sur la coïncidance des lipomes symétriques avec la paralysie générale progressive.

(Revue de chir. 1901. No. 6.)

Im vorliegenden Falle handelt es sich um relativ kleine Lipome, die in geringer Anzahl symmetrisch über die Vorderarme und Oberschenkel vertheilt waren. Das Auftreten der frühesten reicht etwa 20 Jahre vor den Beginn der Paralyse zurück, die als durch Trauma — Lues fehlt in der Anamnese — entstanden angenommen werden muss.

Verff. können sich den bisherigen Theorien über Entstehung symmetrischer Lipome, so weit sie neuropathische bezw. vasomotorische Reize verantwortlich machen, nicht anschließen. Nach ihnen gehöre die symmetrische Lipomatosis in das Gebiet teratomatöser Anlagen — der sog. Embryome —, wozu die Erblichkeit und gleichzeitiges Vorkommen von Lipomen mit anderen Missbildungen am männlichen Gliede bezw. Individuum sprechen. Eben so dürfe die Paralyse oft der Ausdruck angeborener Irritabilität sein, die heterogenen Reizen, wie Alkohol und sonstigen Excessen geringen Widerstand entgegensetzt.

Merkwürdig berührt es, in 2 deutschen Litteraturangaben 7 Ungenauigkeiten zu finden. **Christel** (Metz).

25) **Chamberlain.** Traitement du cancer par les rayons X.

(Journ. of electro-therapeutic of New York 1901. Mai.)

Verf. behandelte 13 Fälle von Hautcarcinom mit Röntgenstrahlen, Sitzungsdauer 3—10 Minuten, Entfernung der Röhre 8—25 cm, 2—6mal wöchentlich eine Sitzung, Behandlungsdauer sehr wechselnd. In der Mehrzahl der Fälle war der Erfolg »sehr ermuthigend«. Gesichtsepitheliome ohne Drüsenschwellung können zur Heilung kommen, Schmerzen werden gelinder, zu stark wuchernde Granulationen zerstört. **Mohr** (Bielefeld).

26) **P. E. Lannois.** Traitement des tumeurs malignes inopérables ou récidivantes par la quinine (Méthode de Jaboulay).

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 167.)

Bei einem Falle von inoperablem Brustcarcinom einer 50jährigen Frau erzielte L. durch längeren Gebrauch von Chinin einen unerwarteten Erfolg. Die Neubildung bestand bereits seit 3 Jahren, war in Ausdehnung eines 5Francstückes geschwürig, von Hautmetastasen umgeben; die Achseldrüsen waren stark vergrößert, es bestand schwere Kachexie, und gewisse Zeichen erweckten den Verdacht einer Wirbelsäulenmetastase. Nach 4wöchentlicher Behandlung mit subkutanen Injektionen von je 0,25—0,50 Chinin waren die Schmerzanfälle minder heftig und häufig geworden, der Schlaf und auch etwas Appetit wiedergekehrt. Nach 54 Injektionen binnen 3 Monaten und Verbrauch von 16 g Chinin hatte sich das Allgemeinbefinden der Kranken wesentlich gehoben; sie hatte guten Appetit und heitere Gemüthsstimmung wiedergewonnen, sich gekräftigt, so dass sie wieder

einige Stunden täglich aufstehen konnte; die geschwürige Partie der Geschwulst hatte sich bis auf einen kleinen Rest überhäutet, die Hautmetastasen waren abgeblasst und kleiner geworden, die axillaren und supraclavicularen Lymphdrüsen waren bis auf Erbsengröße abgeschwollen. Eine wirkliche Heilung war freilich bis zur Zeit der Veröffentlichung nicht eingetreten. **Reichel** (Chemnitz).

27) **M. Bramson.** Un nouvel appareil pour la réunion des plaies.

(XIII. Congrès internationale de médecine Paris. 2.—9. August 1900.)

Verf. bespricht einen neuen, von ihm angegebenen Apparat und erläutert denselben durch eine Abbildung. Das Princip des Apparates besteht darin, dass 2 dünne, biegsame Metallplatten durch trokarähnliche Instrumente an den Wundrändern angebracht und die Platten dann durch eine Art Haken und Ösen in der Mitte vereinigt werden. Die Vortheile, die Verf. in diesem Apparat sieht, bestehen in leichter Sterilisirbarkeit, schnellerer und schmerzloserer Anlegbarkeit als bei der Naht, so wie in der Verstellbarkeit des Apparates. Auch soll die Heilung rascher von Statten gehen und die zurückbleibenden Narben nicht so sichtbar sein, wie bei der gewöhnlichen Naht. Die leichte Abnehmbarkeit des Apparates ermöglicht auch eine öftere Kontrolle, wie weit die Verklebung der Wundränder gediehen ist. Weiterhin bietet der Apparat den Vorzug, dass die durch denselben erzeugten Stichkanäle nicht mit der Wunde, wie dies bei der Naht der Fall ist, kommuniciren und somit eine Infektion der Stichkanäle weniger leicht möglich ist, als wenn dieselben mit der Wunde in direkter Verbindung stehen. Für die Sekundärvereinigung von Wunden hat der Apparat den Vortheil, dass man bei wenig nachgiebigen Geweben allmählich durch gesteigertes Zuziehen des Apparates vorgehen kann.

Diese genannten hauptsächlichen, so wie noch einige andere Vortheile hat Verf. durch diesbezügliche Versuche bestätigt gefunden.

Silberberg (Hirschberg i/Schl.).

28) **G. Nicolich.** L'instrument séparatif de l'urine de Downes (separate urin siphon).

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1901. No. 6.)

Verf. hat praktische Versuche mit dem Urinseparator von Downes angestellt. Derselbe besteht aus 2 Theilen, von denen der eine in die Blase, der andere beim Weibe in die Scheide, beim Manne in den Mastdarm eingeführt wird. Das Instrument hat große Ähnlichkeit mit dem Urinseparator von Harris. In einigen Fällen hat sich das Instrument sehr gut bewährt, in anderen dagegen versagt.

P. Wagner (Leipzig).

29) **Albarran et Cathelin.** Les injections épidurales dans l'incontinence d'urine.

(Soc. de biol. 1901. Juli 13.)

In 4 Fällen von Inkontinenz der Blase aus verschiedenen Ursachen (Blasentuberkulose, Paraplegie mit Cystitis, Sphinktererschlaffung bei Greisinnen) kehrte nach epiduraler Injektion von 1 cg Cocain die Sphinkterkontraktilität am 1.—2. Tage zurück und hielt, zum Theil nach mehrfacher Wiederholung der Einspritzung, längere Zeit an. **Mohr** (Bielefeld).

30) **H. Wichmann.** Ein Fall von isolirtem Carcinom der Urethra.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXI. Hft. 1.)

Es handelt sich im vorliegenden Falle um ein von der Harnröhrenmündung ausgegangenes ulcerirtes Carcinom, welches die gesammte Harnröhre mit Ausnahme ihres oberen Theiles ergriffen hatte, ohne der 43jährigen Pat. nennenswerthe Beschwerden zu verursachen. Wiesen schon die bestehenden derben Drüsenschwellungen in beiden Leistengegenden auf eine primäre Neubildung im Bereich der



Urogenitalsphäre hin, so war das erste Zeichen, welches speciell auf eine Erkrankung der Harnröhre schließen ließ, ein eigenthümlich zackiges Aussehen der äußeren Harnröhrenöffnung gewesen. Die Neubildung wurde sammt den Drüsen exstirpirt, der Harnröhrenrest an die Schnittfläche der Vulva angenäht. Nach 3 Wochen stellte sich wieder Kontinens ein. **Honsell** (Tübingen).

31) **E. Ehrich.** Gallertkrebs der ekstrophirten Harnblase. Gleichzeitig ein Beitrag zum Maydl'schen Operationsverfahren der Blasenektopie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 3.)

Bei einer 44jährigen Arbeiterfrau hatte sich im Gebiete der ekstrophirten Harnblase eine zerklüftete, ulcerirte Geschwulst gebildet, die bis in die umgebende Haut hineinreichte. Exstirpation der Geschwulst sammt der Blase. Einpflanzung der Harnleiter in die Flexura sigmoidea. Tod nach 6 Tagen in Folge doppelseitiger Pyelonephritis und Darmdiphtherie.

Nach dem mikroskopischen Befunde lag ein Gallertcylinderzellencarcinom vor, außerdem fand sich in einigen der Harnblasenwand entnommenen Partien Schleimhaut vom typischen Bau des Dickdarmes, die offenbar den Ausgangspunkt der Geschwulst gebildet hatte. Wie des weiteren ausgeführt wird, dürften auch für die Deutung der Herkunft der Adenome und Adenocarcinome der Harnblase entwicklungsgeschichtliche Störungen in Betracht kommen. In klinischer Beziehung betont Verf., dass die Gefahren der Maydl'schen Methode nicht zu gering angesehen werden dürfen. Vor Allem habe man mit der Möglichkeit einer Pyelonephritis zu rechnen, es bestünde aber auch die Möglichkeit einer schweren Reizwirkung auf den Darm, sobald der Harn in ammoniakalische Gährung übergegangen sei. Andererseits müssten aber auch die Leistungsfähigkeit und Vorzüge der radikalen Therapie anerkannt werden. **Honsell** (Tübingen).

32) **M. Mann.** Removal of the female urinary bladder for malignant disease.

(Buffalo med. journ. 1901. Juli.)

M. berichtet über 2 mit Erfolg operirte Fälle von Blasenexstirpation beim Weibe wegen bösartiger Neubildung. In Beckenhochlagerung Eröffnung des Blasenperitoneums, stumpfe Ausschälung der Blase, Entfernung mitsammt der Basis und der bereits ergriffenen vorderen Scheidenwand, Entfernung des Uterus, Schluss der Peritonealhöhle über dem Beckenboden. Die Harnleiter münden in die Scheide. **Mohr** (Bielefeld).

33) **P. Hérescо.** De la cystoscopie appliquée à l'étude du diagnostic et des indications opératoires des tumeurs urétérales et des calculs enchatonnés de la vessie.

(Ann. des malad. des org. génito-urin 1901. No. 6.)

Verf. theilt 2 eigene Beobachtungen mit, die wiederum den großen diagnostischen Werth der Cystoskopie beweisen; in dem einen Falle handelt es sich um ein Papillom des Harnleiters, in dem anderen um einen eingekapselten Blasenstein.

Ureterenpapillome sind außerordentlich selten. Albarran hat 18 Fälle gesammelt; nur 3mal saß das Papillom am unteren Theile des Harnleiters und sprang in die Blase vor. Nur in einem von diesen 3 Fällen wurde die cystoskopische Untersuchung angewendet, und zwar mit Erfolg. In dem Falle des Verf. handelte es sich um einen 32jährigen, psychisch belasteten Kranken, der seit langen Jahren an Phosphaturie und Pollakiurie litt; außerdem traten bei dem Kranken zeitweise rechtsseitige Nierenkoliken auf. Als Ursache derselben ergab die Cystoskopie ein maiskorngroßes, gestieltes Papillom des untersten Theiles des rechten Harnleiters, das zeitweise die Harnleitermündung vollkommen verlegte und dadurch zu Retention

des Urins, Dehnung des Harnleiters und Nierenbeckens und kolikartigen Schmerzen führte. Exstirpation des Adenopapilloms von einem hohen Blasenschnitte aus. Infektiöse Pyelonephritis der rechten Niere. Nephrektomie. Heilung.

Der 2. Fall betraf einen 68jährigen Kranken mit Blasenstein. Es sollte die Lithotritie vorgenommen werden. Die noch kurz vor dem beabsichtigten Eingriffe ausgeführte Cystoskopie ergab aber, dass es sich um einen eingekapselten Stein handelte. Extraktion desselben von einem hohen Blasenschnitte aus. Heilung. Verf. hebt hervor, dass bei jedem Blasensteinkranken, bei dem sich auch nur das geringste abnorme Symptom zeigt, wenn irgend möglich vor der beabsichtigten Steinoperation die Cystoskopie vorgenommen werden soll. Bei eingekapseltem Stein ist die Lithotritie kontraindicirt, es muss dann der hohe Steinschnitt ausgeführt werden. **P. Wagner** (Leipzig).

34) **Comba.** Pyélite á bacille d'Eberth.

(Rivista critica di clin. med. 1901. No. 9.)

Bei einem 7jährigen Mädchen trat im Verlauf eines mittelschweren Typhus unter Temperatursteigerung und Schmerzen eine Geschwulst in der Gegend der rechten Niere auf. Der Urin wurde eitrig und enthielt virulente Typhusbacillen. Heilung. **Mohr** (Bielefeld).

35) **Kellermann** (Wiesbaden). Nierenverletzung und paranephritischer Abscess durch Muskelzug.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1901. Hft. 2.)

Die Nierenerscheinungen traten in diesem Falle sogleich nach Ausführung der »Hocke« über den quergestellten Kasten auf, als der Mann beim Herunterkommen auf der anderen Seite des Kastens sich nicht aufrecht halten konnte und der Oberkörper dabei stark nach hinten übergebogen wurde. Am Hinfallen wurde der Mann durch die zur Unterstützung bereit stehenden Leute verhindert. K. nimmt an, dass hierbei durch den Muskelzug ein Riss in der Niere entstanden sei. Nach Eröffnung des Abscesses durch den Simon'schen Schnitt erfolgte übrigens Heilung. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

36) **B. Grohé.** Unsere Nierentumoren in therapeutischer, klinischer und pathologisch-anatomischer Beleuchtung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 1.)

G. hat das Material der Jenenser Klinik Riedel's vom Jahre 1888 an bearbeitet. Praktisch chirurgisch ist die Mittheilung insbesondere dadurch von Interesse, dass Riedel für die Nephrektomie wegen Geschwulst den laparotomischen Operationsweg bevorzugt und seine hiermit erreichten Resultate denen von anderen Chirurgen mit der lumbal-extraperitonealen Schnittmethode gewonnenen ziemlich gleich kommen. Die Zahl der beobachteten und hier durchweg in eingehender Kranken- und Operationsgeschichte meist nebst genauer histologischer Geschwulstuntersuchung bezw. auch Sektionsbefund mitgetheilten Fälle beträgt 17, von denen 15 operirt wurden, und zwar 13 durch Laparotomie, 2 durch Lendenschnitt. Ausgänge wie folgt:

I. bei den transperitoneal Operirten:

a) von 6 Fällen, wo die Geschwulst unverschieblich war, starben an Operationsfolgen	4 = 66,66 %,
b) von 7 Fällen, wo dieselbe verschieblich war	1 = 14,21 %.
II. bei den lumbal Operirten:	
c) starben von den 2 Operirten	1 = 50,0 %.
Summa von den 15 Operirten	6 = 40,0 %.

Von den Überlebenden sind nachweislich späterhin, meist wohl an Recidiv, 5 gestorben, und zwar nach $1/4$, $1/2$, 1, $1 3/4$ und $2 1/2$ Jahren. Als lebend wurden 3 registrirt nach $5/6$, 1 und 5 (!) Jahren nach der Operation. Über den 9. Genesenen fehlt Bericht. Genauer anatomisch konnten 11 der exstirpirten Geschwülste

untersucht bezw. bestimmt werden, und zwar als I. eigentliche Nierengeschwülste: a) Strumae suprarenales aberratae 7, b) Cystadenoma 1, c) Carc. diffus. infiltr. 1. II. Geschwülste der Nierenbecken: a) Carcinoma papillif. 1, b) Adenocarcinom 1. Recht interessant ist auch der letzte nicht operirte Fall (No. 18), in dem die 53jährige Pat. außer ihrer in einer Struma suprarenalis bestehenden Nierengeschwulst eine sekundäre metastatische Geschwulst des rechten Stirnbeines hatte. Bezüglich aller Einzelheiten auf das Original verweisend, wollen wir nur eine (in Fall 11) vorgekommene Naht der Vena cava besonders erwähnen. Klinisch war für die Diagnose meist die Tastung der vorhandenen großen Geschwülste maßgebend, gegen welche die auch bei mancher anderen Nierenerkrankung vorkommende Hämaturie an Wichtigkeit fast zurücktritt. Doch bleibt die letztere selbstverständlich stets ein alarmirendes Symptom, das immer zur Hinzuziehung eines Chirurgen Anlass geben sollte. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

37) **van Engelen.** Sarcome du rein.

(Cercle méd. de Bruxelles 1901. Juni 7.)

Bei einem 10jährigen Kinde trat im Anschlusse an einen Sturz Blutharnen auf, und in der linken Nierengegend fand sich eine umfangreiche, weiche Geschwulst, welche als Bluterguss in Folge von Nierenquetschung aufgefasst wurde. Durch Lendeneinschnitt wurde ein Bluterguss eröffnet, in welchem sich Gewebstrümmer fanden, die sich mikroskopisch als Sarkom erwiesen. Tamponade der Wundhöhle, Tod nach 3 Wochen. Das Kind war vor dem Unfalle anscheinend vollkommen gesund gewesen. **Mohr** (Bielefeld).

38) **J. Elter.** Zur retroperitonealen Cystenbildung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 3.)

Bei einem 13jährigen Knaben stellten sich nach einer schweren Quetschung der Oberbauchgegend kolikartige Schmerzen, Appetitlosigkeit, Kräfteverfall ein. Die klinische Untersuchung ergab 14 Tage später im Epigastrium eine umfangreiche Geschwulst, die am ehesten als Pankreascyste angesprochen werden konnte. Durch Laparotomie wurde eine retroperitoneal hinter Magen und Quercolon gelegene Cyste freigelegt, und zwar ohne Zusammenhang mit dem Pankreas. Eröffnung derselben, Vernähen der Cystenwand mit dem Peritoneum parietale. Lockere Tamponade. Glatter Heilungsverlauf. Entlassung nach 1 Monat mit noch offenem Fistelgange. Nach der chemischen Untersuchung der aufgefangenen Flüssigkeit musste eine Lymphcyste resp. ein Lympherguss angenommen werden, der retroperitoneal in Folge des Traumas entstanden war.

Aus den folgenden, Pathologie und Therapie der retroperitonealen Cysten betreffenden Ausführungen sei hervorgehoben, dass unter den retroperitonealen Cysten Bildungen der verschiedensten Herkunft vorkommen können. Am besten gekannt sind die Cysten des Pankreas; neben diesen kommen aber des weiteren auch noch Echinokokken-, Nebennieren- und Nierencysten, Cysten in der Hinterwand des Magens, Mesenterial- und retroperitoneale Lymphcysten, so wie einige andere, äußerst seltene Formen in Betracht. Ihre wichtigsten Symptome bestehen in Druckerscheinungen, Magenbeschwerden, kardialgischen Anfällen, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, ileusartigen Erscheinungen, blutigen Diarrhöen, so wie erheblichem Kräfteverfall. Objektiv findet man meist eine rundliche, ev. fluktuirende Geschwulst im Epigastrium, wenig verschieblich, von Magen und Quercolon der Regel nach überlagert. Die Behandlung hat, wo es möglich ist, in Exstirpation, sonst in Incision und Drainage zu bestehen, wobei die transperitoneale Freilegung wegen leichterer Ausführbarkeit und geringerer Gefahr einer Nebenverletzung der retroperitonealen im Allgemeinen vorzuziehen ist. Die Punktion wurde mit Recht verlassen. **Honsell** (Tübingen).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 45. Sonnabend, den 9. November. 1901.

Chinin als Stypticum und Antisepticum.

Von

Dr. **Hugo Marx,**
leitender Arst des Kreiskrankenhauses in Lübbecke i/W.

Auf Grund von Versuchen, die ich gelegentlich des Studiums der Blutbakterien[1] anstellte, und gestützt auf eine Reihe bakteriologischer wie klinischer Beobachtungen glaube ich das Chinin als wirksames Stypticum und Antisepticum empfehlen zu dürfen. Wir wissen, dass das Chinin ein specifisches Protoplasmagift ist (Arbeiten von Binz u. A.); seine desinficirende Kraft lässt sich theoretisch hieraus ableiten; Experimente, die hier zu erötern, nicht der Raum ist, die ich jedoch in extenso an anderer Stelle zu publi-

[1] Diese Versuche erscheinen theilweise demnächst in der Berliner klin. Wochenschrift.

ciren gedenke, demonstriren überdies genugsam die antiseptischen Eigenschaften des Chinins. Die blutstillende Wirkung des Chinins entspringt aus der Fähigkeit seines salzsauren Salzes, die rothen Blutkörperchen zu agglutiniren; eben so ruft das Mittel eine Agglutination in Bakterienaufschwemmungen hervor. Diese Thatsachen lassen sich am deutlichsten an einem mit einem Tropfen einer Lösung:

Chinin. hydrochlorici		1,0
Spirit. rect.		3,0
Aq. dest.	ad	100,0

versetzten Blutstropfen bezw. Tropfen einer beliebigen Bakterienaufschwemmung[2] direkt unter dem Mikroskop beobachten.

Für die praktische Verwendung des Chinins bedient man sich am besten der feuchten Tamponade bezw. Kompression, indem Gazebäusche, die in 1—2%ige Chininum hydrochloricum-Lösung getaucht sind, in die Wunde eingeführt bezw. auf die blutende Fläche (bei parenchymatöser Blutung) aufgedrückt werden. Eine Schädigung des Gewebes habe ich in keinem Falle beobachtet; nie traten Reaktionen irgend welcher Art ein. Die desinficirende Wirkung des Chinins gilt natürlich nur in so weit, als es überhaupt möglich ist, bereits inficirte Wunden zu desinficiren. Jedenfalls kann man stets, in Anbetracht des Fehlens schädlicher Nebenwirkungen des Chinins, den Versuch einer Desinfektion mit diesem Mittel unternehmen. Sicher aber ist das Chinin im Stande, bei aseptischen Operationen einmal jeden letzten Rest parenchymatöser Blutung zu stillen, dann aber auch die spärlichen, von den operirenden Händen in die Wunde gelangten Keime vollends unschädlich zu machen.

Wie weit die antiseptische Kraft des Chinins bei Sepsis, etwa in der Form intravenöser Einführung, reicht und darüber, ob sich die Applikation von nach Art der Jodoformgaze hergestellter Chiningaze empfiehlt soll in einer demnächstigen Veröffentlichung abgehandelt werden.

Lübbecke, den 3. Oktober 1901.

---

1) J. C. Clark. Moyen de déceler un épanchement liquide localisé ou une collection kystique dans l'abdomen.

(Univ. of Penna. med. bulletin 1901. Mai.)

Verf. empfiehlt zum Nachweis umschriebener Flüssigkeitsansammlungen resp. cystischer Geschwülste der Bauchhöhle die dreihändige Perkussion, welche bei diagnostisch zweifelhaften Fällen ihm gute Dienste leistete. Es wird z. B. bei umschriebener supponirter Flüssigkeitsansammlung der rechten Nierengegend die entsprechende Lendengegend mit der linken Hand, Daumen nach vorn, übrige Finger nach hinten, umgriffen, und mit der rechten Hand von vorn

[2] Für Bakterien eine 0,5%ige Lösung.

her die Geschwulst umfasst, so dass sie zwischen beiden Händen fixirt ist. Sodann perkutirt der Assistent auf der rechten Hand, worauf bei flüssigem Inhalt deutliche Fluktuation wahrgenommen wird.

Mohr (Bielefeld).

---

2) E. Vincent. Plaies perforantes de l'abdomen.

(Revue de chir. 1901. No. 7.)

V. erhebt seinen Schild gegen den »Prurigo secant« der Chirurgen, welche bei penetrirenden Bauchwunden sofort laparotomiren, und stützt sich zunächst auf statistische Erhebungen von Wassilief und Morton. Erster weist nach, dass die Sterblichkeit der Bauchverletzten ohne Laparotomie 25%, nach Laparotomie 63% betrage (bei Hiebwunden 12% bezw. 24%). Revue de chir. 1891. Morton berechne auf 234 Laparotomien wegen penetrirender Bauchwunden 96 Erfolge, d. h. 59% Sterblichkeit.

Während nun Wassilief nach eigenen glücklichen Erfahrungen doch zur Laparotomie räth, formulirt V. seine Grundsätze etwa folgendermaßen:

1) Absolut gültige Regeln giebt es für die Bauchwunden eben so wenig wie für alle übrige Chirurgie.

2) Bei Hufschlag ist es rathsam, zu laparotomiren, da besonders Gangrän zu befürchten ist.

3) Hingegen solle man abwarten bei Schusswunden,

4) bei Bauchstichverletzungen,

5) bei Verletzungen des Bauches durch Messer, Säbel, Bajonnett, bis Zeichen von Peritonitis eintreten; nur in den Fällen, wo Chok oder Collaps starke innere Blutung vermuthen lassen, sei Laparotomie als geringere Gefahr anzuerkennen.

3 eigene Beobachtungen genügen V. zur Bekräftigung seiner Thesen; die erste betrifft eine perforirende Magenwunde (Messer), die mit Glück genäht wurde. Die zweite berichtet von einer Pfählung in der rechten Unterbauchgegend ohne Darmverletzung, die dritte von Bauchverletzung durch Fall in eine Sichel und Netzvorfall; auch die beiden letzten Verwundeten heilten ohne Laparotomie.

Die lange Reihe von Principien steht wohl kaum in rechtem Verhältnis zu den 3 mitgetheilten Krankengeschichten, deren letzte beiden doch nur beweisen, dass Bauchverletzungen nicht immer durch Darmwunden komplicirt zu sein brauchen und darum auch exspektativ behandelt heilen können. Gegenwärtig ist es doch weit mehr das Ziel der Chirurgie, die breiten Schichten, die noch misstrauisch und ablehnend dem muthigen Vorgehen der »Laparotomisten« gegenüberstehen, von der größeren Sicherheit der Laparotomie zu überzeugen.

Christel (Metz).

---

3) Loison. Quelques réflexions au sujet du diagnostic et du pronostic des perforations intestinales d'origine typhoïdique.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 4.)

L. tritt warm für ein aktives chirurgisches Eingreifen bei Perforation typhöser Darmgeschwüre ein. Die Schwierigkeit der Diagnose hält er nicht für so groß, wie sie von manchen Seiten geschildert wird. Freilich schaltet er dabei von vorn herein die Fälle aus, in denen die Diagnose überhaupt noch zwischen einer beginnenden Appendicitis und einem beginnenden Typhus schwankt, so wie die Fälle von Perforation und Peritonitis bei sog. ambulantem Typhus; bei ihnen kann eben nur die Diagnose »Peritonitis« gestellt werden. Auch giebt er zu, dass in einigen schweren Fällen von sog. adynamischem Typhus eine Darmperforation zuweilen einige Tage bestehen kann, ohne deutliche Symptome zu machen. Gerade in diesen Fällen wäre aber auch eine Operation erfolglos. — Handelt es sich indess um typische mittelschwere Fälle von Typhus, so lassen der plötzlich unterhalb des Nabels, meist etwas mehr nach rechts hin auftretende intensive Schmerz, die Kontraktur der Bauchmuskulatur daselbst, mehr oder minder deutliche Änderungen der Fieberkurve, namentlich aber die plötzliche und bedeutende Zunahme der Pulsfrequenz die Diagnose der Darmperforation meist sicher stellen.

Unter Ausscheidung aller zweifelhaften Fälle, so wie solcher, in denen es bereits zur Abkapselung eines Eiterherdes um eine Perforationsstelle herum gekommen war, fand L. in der Litteratur 90 operirte Fälle von Perforation typhöser Darmgeschwüre auf mit 74 Todesfällen, 16 Heilungen, also 21,6% Erfolgen. In diesen 16 Fällen war die Perforation 3mal während der 2. Woche, 5mal während der 3., 1mal während der 4., 1mal in der 5., 1mal in der 6., 2mal während der 7. Woche und 3mal während der Rekonvalescenz oder eines Recidivs eingetreten. — In 12 erfolgreich operirten Fällen, in denen der Zeitpunkt der Operation angegeben ist, wurde 6mal zwischen der 6. und 12. Stunde nach dem vermuthlichen Eintritt der Perforation, 4mal zwischen der 12. und 24. Stunde, 1mal in der 26. und 1mal in der 60. Stunde operirt. Mit Recht betont aber L., dass man die Entscheidung darüber, ob man noch operiren solle oder nicht, nicht von der Zeitdauer, sondern dem Allgemeinbefinden des Pat. abhängig machen müsse. Selbst bei mehrfachen Perforationen ist schon Heilung durch Operation erzielt worden.

Reichel (Chemnitz).

---

4) Hartmann. Traitement opératoire des perforations de l'intestin dans la fièvre typhoïde.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 8.)

H. ist, wie Loison, Anhänger der Frühoperation bei Perforation typhöser Darmgeschwüre; er stützt sich wesentlich auf statistische Angaben Keen's. Nach diesem hängt der Erfolg vorzugsweise da-

von ab, dass die Perforation in einem etwas späten Stadium des Typhus erfolgt und die Operation möglichst frühzeitig statt hat. Von 80 während der ersten 3 Wochen des Typhus Operirten genasen 15 = 18,75%, von 42 nach der dritten Woche Operirten heilten 22 = 52,38%. — Von 75 während der ersten 24 Stunden nach der Perforation vorgenommenen Operationen hatten 19 einen glücklichen Ausgang = 25,33%; von 38 nach Ablauf der ersten 24 Stunden Operirten genasen nur 6 = 13,63%. **Reichel** (Chemnitz).

---

5) **V. Remedi.** Sull' appendicite. Contributo clinico e nota sperimentale preventiva.

Cagliari-Sassari, G. Dessì, 1901. 44 S.

R. theilt 16 Fälle mit, bei denen er vorwiegend wegen chronischer Appendicitis die Entfernung des Wurmfortsatzes mit durchweg gutem Resultate ausgeführt hat. — Verf. hat die exstirpirten Appendices einer eingehenden Prüfung unterzogen und lenkt dabei die Aufmerksamkeit auf die Knickung des Wurmfortsatzes, die in seinen Fällen 14mal in mehr oder minder hohem Grade vorhanden war, und zwar 11mal kombinirt mit einer Verdickung der Appendix unterhalb der Biegungsstelle. Mikroskopisch konnte er dort alle Formen einer chronischen Entzündung nachweisen. Bei Fällen von ausgesprochen chronischer Appendicitis beobachtete R. mitunter auch eine Atrophie des Organs, einmal sogar mit Verödung seiner Lichtung, also ähnlich der Ribbert'schen Altersinvolution; doch ist er nicht geneigt bei seinen Fällen eine Art Naturheilung anzunehmen, da er immer noch alte Entzündungsherde mikroskopisch nachweisen konnte. — Der Schluss der Arbeit bildet eine vorläufige Mittheilung von Thierexperimenten, bei denen er durch Anlegung eines Knickungswinkels an der Appendix ähnliche pathologisch-anatomische Veränderungen hervorzurufen sucht, wie die soeben beim Menschen beschriebenen. Bis jetzt erzielte er 2 anscheinend positive Resultate.

A. Most (Breslau).

---

6) **H. v. Burckhardt.** Über akute fortschreitende Peritonitis bei Epityphlitis und ihre chirurgische Behandlung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 369.)

v. B. kommt hier auf seinen Vorschlag zurück, den von v. Mikulicz zunächst für die fibrinös-eitrige Peritonitisform eingeführten Krankheitsbegriff der fortschreitenden Peritonitis auch auf die jauchig- oder serös-eitrigen Krankheitsformen auszudehnen, ein Vorschlag, der bislang wenig, insbesondere bei Sonnenburg keine Beachtung gefunden hat. Nachdem er seine Namensbezeichnung, zum Theil gegen Sonnenburg's neueste Veröffentlichungen polemisirend, nochmals begründet und empfohlen hat, theilt er tabellarisch 17 von ihm operirte einschlägige Fälle mit, von denen 14 genesen sind. Er theilt die Fälle in 3 Gruppen:

1) Akut einsetzende Peritonitis, wo die Entzündung vom Wurmfortsatz direkt in die Bauchhöhle übergehend fortschreitet. Schon innerhalb der ersten 12—24 Stunden bedrohliches Krankheitsbild mit auf Intoxikation beruhenden schweren allgemeinen Erscheinungen. Baldigste Operation erforderlich. 2) Zunächst mehr örtliche Erscheinungen. Erst am 2. oder 3. Tage Beginn der die erste Gruppe charakterisirenden schweren allgemeinen Intoxikationserscheinungen bei Nachweisbarkeit von Fortschreiten der Entzündungsbezirke. Auch hier ist Zuwarten gefährlicher als Operation. 3) Der fortschreitenden Peritonitis geht eine abgekapselte Abscessbildung vorauf, so dass sie erst später in Erscheinung tritt.

Therapeutisch beschränkt sich v. B. nicht auf den rechtsseitigen Flankenschnitt. Auch die linke Leistengegend soll stets durch einen dem der rechten Seite analogenen Schnitt geöffnet werden. Sind auch hier die Därme erheblich verändert oder fließt auch hier Sekret, so wird ein 3. Schnitt unterhalb und parallel der 12. Rippe in der Lende hinzugefügt. Als 4. Schnitt endlich erfolgt auch ein rechtsseitiger Lendenschnitt, falls trübes Sekret bezw. Eiter zwischen Colon ascendens und Bauchwand abgeht. Von ihm aus wird zwischen Leber und Zwerchfell drainirt. Zur Drainage dienen außer Gazetampons Hegar'sche, übrigens auch mit von Zeit zu Zeit wechselnder Gaze ausgefüllte Glasröhren. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

7) **Schwartz.** Cure radicale des hernies du gros intestin.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 192.)

Da die gewöhnlichen Methoden der Radikaloperation der Hernien bei sehr weiter Bruchpforte, wie sie bei Dickdarmbrüchen die Regel bildet, leicht von Recidiven gefolgt sind, empfiehlt S. speciell für diese nach Abbindung und Resektion des Bruchsackes in der üblichen Weise den Verschluss der Bruchpforte durch Muskelplastik. Nachdem er den inneren Pfeiler des Leistenringes freigelegt hat, öffnet er die Scheide des Rectus abdominis, schneidet aus dem vorderen, unteren, äußeren Theil dieses Muskels einen Lappen mit unterer Basis von ca. 3—4 cm Breite, 8—10 cm Länge, steckt ihn durch ein unter dem inneren Ringpfeiler gemachtes Loch und befestigt ihn in der Gegend des Leistenkanals durch Nähte, nach oben an den unteren Rand des Obliquus internus und transversus, nach unten an das Poupart'sche Band. Die Scheide des Rectus wird wieder durch Naht geschlossen. Über dem transplantirten Lappen werden die Pfeiler des Bruchringes in der gewöhnlichen Weise vereinigt. — Unter 70 derart operirten Fällen hat S. niemals einen Unfall erlebt und bei 10 später nachuntersuchten Pat. die Dauerheilung konstatiren können. **Reichel** (Chemnitz).

---

8) Faure. La hernie inguinale congénitale: traitement.

(Indépendance méd. 1901. No. 36.)

Verf. vergleicht die Endresultate der Championnière'schen und Bassini'schen Radikaloperation des angeborenen Leistenbruches mit einander. Beide Verfahren gaben ihm neben einzelnen Recidiven gute Resultate. Bei sehr weitem Leistenring und bei der Operation von Recidiven zieht er die Bassini'sche Methode vor, bei den gewöhnlichen Fällen das Championnière'sche Verfahren.

Mohr (Bielefeld).

---

9) G. B. Gherardi (Parma). Considerazione cliniche-sperimentali sulla patogenesi delle alterazioni gastriche consecutive alle stenosi benigne del piloro e studi sui resultati prossimi e remoti della gastroenterostomia e piloroplastica.

(Clinica chir. 1900. No. 5, 6, 11 u. 12.)

Die Resultate der umfangreichen Arbeit sind von G. selbst in folgender Zusammenfassung gegeben. Aus der Beobachtung von 15 sorgfältig verfolgten Fällen ergiebt sich:

1) Der Erfolg einer Operation ist um so besser und sicherer, je früher der Eingriff erfolgt.

2) Das Allgemeinbefinden bessert sich ungemein, aber sicherer und auffälliger nach der Gastroenterostomie.

3) Der Magen nimmt nach der Gastroenterostomie seine normalen Dimensionen wieder an, nicht so gut nach der Pyloroplastik.

4) Die Motilität bessert sich wesentlich, und wird normal nach der Gastroenterostomie, nicht immer nach der Pyloroplastik.

5) Die Entleerung des Magens ist anfänglich beschleunigt, kehrt aber allmählich zur Norm zurück.

6) Die Salzsäureproduktion wird wieder fast normal.

7) Der neue Pylorus ist kontinent.

8) Nach der Gastroenterostomie ist Rückfluss von Galle beobachtet, aber nie nach der Pyloroplastik.

9) Die Gastroenterostomie ist als Operation vorzuziehen, weil die Pyloroplastik Recidive geben kann.

Die experimentellen Studien berechtigen G. zu folgenden Schlüssen:

1) Der Reiz, welcher in die Regio pylorica gebracht wird, erzeugt Störungen schwerer Art, sowohl von Seiten der Magenfunktionen als des Allgemeinbefindens; diese Störungen stehen in direktem Verhältnis zur Intensität des Reizes und zu seiner Angriffsstelle.

2) Nie wurde nach künstlicher Stenosirung des Pylorus eine echte Magendilatation angetroffen, weil die Stenose leicht überwunden werden konnte.

3) Die Gastroenterostomia posterior behebt alle durch künstliche Stenosenbildung erzeugten Störungen.

4) An der neuen Öffnung konnte mikroskopisch keine echte Sphinkterbildung nachgewiesen werden. J. Sternberg (Wien).

---

10) **Tuffier.** De l'hémo-diagnostic au point de vue chirurgical, dans le cancer de l'estomac et dans les infections.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 1.)

T. berichtet über die Ergebnisse einer freilich noch beschränkten Untersuchungsreihe über den Werth der Blutuntersuchung für die Diagnose von Magencarcinomen und Infektionen. — In einem Falle eines diffusen alveolären Magencarcinoms ohne fühlbare Geschwulst, ohne Hämatemese, überhaupt ohne Erbrechen, war die Diagnose wesentlich auf Grund der intensiven Anämie mit starker Leukocytose gestellt worden; die chemische Untersuchung des Magensaftes sprach auch zu Gunsten der Annahme eines Carcinoms. Der Kranke wurde durch Operation geheilt und war noch nach 2 Jahren gesund. Nach Entfernung der Neubildung schwand die Polynucleose wie die Anämie. — Umgekehrt ergab die Blutuntersuchung bei einer jungen Frau mit einem Magengeschwür und starkem Bluterbrechen nur eine hochgradige Anämie, aber ohne Leukocytose und ohne Polynucleose. — Freilich ist der Blutbefund nicht immer beweisend, da eine zu einem einfachen Magengeschwür sich oft hinzugesellende Infektion eine Leukocytose bedingen kann.

T. sagt: »Die Leukocytose kann bei den Geschwülsten, selbst denen des Magens (5mal unter 12 Fällen), ausbleiben; sie kann auch erst im Stadium der Kachexie eintreten, und sie kann nur temporär sein. Einen differentialdiagnostischen Werth besitzt sie nur, wenn sie konstant, dauernd und durch keine Therapie der Besserung zugänglich ist«.

In 3 anderen Fällen zweifelhafter Diagnose entschied die Blutuntersuchung über das Vorhandensein oder Fehlen einer Eiterung.

Hartmann macht in der Diskussion darauf aufmerksam, dass die durch Neubildungen bedingte Leukocytose sich vorzugsweise auf Vermehrung der mononukleären Zellen beziehe.

Reichel (Chemnitz).

---

11) **O. Lanz.** Die Quetschmethoden im Dienste der Magenchirurgie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 3.)

Verf. berichtet zunächst über Thierversuche, bei welchen er zugequetschte Darmlichtungen Ende zu Ende vereinigt hatte, ohne die Lichtung selbst während der Operation zu eröffnen (Abklemmen eines Darmstückes, Resektion desselben, cirkuläre Naht der jenseits der Quetschfurchen aufsteigenden Wülste des normalen Darmes). Des weiteren werden die Vortheile der Quetschmethode für die verschiedensten Zweige der chirurgischen Technik auf Grund eigener Untersuchungen und Erfahrung erörtert. Sehr werthvolle Dienste hat das

Verfahren Verf. bei der Magenresektion geliefert, wie an 2 von ihm operirten Fällen dargelegt wird. Er legt zunächst an Magen und Duodenum mittels Angiothryptors je ein breites Quetschbett an und ersetzt alsdann den Angiothryptor durch 2 schmale Klemmen. Durchtrennung der Quetschfurche mittels Thermokauters direkt an der Klemme auf der Geschwulstseite. Somit bleibt jenseits der Klemme ein gequetschter Saum zurück, der durch fortlaufende Naht geschlossen wird. Entfernung der Klemme, Lembertnaht. Am Duodenum gelang es auch, die Quetschfurche einfach durch Massenligatur zu besorgen, für den Magen schien sich dieses vereinfachte Verfahren dagegen nicht zu eignen.

Honsell (Tübingen).

---

12) **N. Giannettasio** e **M. Lombardi** (Bologna). Nuovo processo di gastroenterostomia.

(Clinica chir. 1900. No. 11.)

Vorläufige Mittheilung über Thierversuche. Die Methode gründet sich auf die Eck'sche Porta-Cava-Fistelbildung. Sie verläuft in folgenden Akten: Anlagerung der Organe und Lembert'sche fortlaufende Naht von 5—6 cm Länge; Fixation der Fadenenden in Klemmen. 3—4 mm von der Nahtlinie werden die Nadeln des Eck'schen Instruments eingestochen und durchgeführt, so dass sie je 0,5 cm innerhalb der Nahtgrenze ein- bezw. austreten. Etwas außerhalb dieser Stellen werden abschließende Schnürnähte aus Katgut angelegt und vor dem Knüpfen fixirt, dann 1—2 Reihen Serosaknopfnähte über die ganze Länge der Anastomose gelegt. Nun wird, während die Assistenz die beiden Organe in guter Position an einander hält, unter kräftigem Zug das Instrument durchgezogen, somit der neue Weg eröffnet. Nun schnelles Knüpfen der Grenznähte, event. zur Sicherung noch eine hintere Serosanahtreihe. Inhalt kann nicht austreten; die Operation dauert 10—15 Minuten. — Man kann auch die Serosa und Muscularis mit dem Messer trennen, größere Gefäße unterbinden und die Schere nur durch die Schleimhaut führen. — Die Autoren konnten sich nach 30 Stunden bis 14 Tagen von der guten Beschaffenheit der Anastomose überzeugen.

J. Sternberg (Wien).

---

13) **W. Weber.** Über Misserfolge nach Gastroenterostomie wegen Stenose und ihre Verhütung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXI. Hft. 1.)

Wie Verf., auf 40 Fälle Lindner's gestützt, ausführt, spielt unter den verschiedenen Momenten, welche den Erfolg einer Gastroenterostomie in Frage stellen können, die Rückstauung die wichtigste Rolle. Mit annähernder Sicherheit kann derselben durch 2 Methoden, durch die im Sinne v. Hacker's und Petersen's ausgeführte hintere Gastroenterostomie, so wie ferner durch die angeschlossene Enteroanastomose begegnet werden. Lindner hat sich in den letzten Jahren

stets der **Wölfler**'schen Gastroenterostomie mit gleichzeitiger Enteroanastomose bedient und erzielte hiermit sehr günstige Resultate. Peritonitis, Chok, Pneumonie und namentlich auch eine tödliche Rückstauung wurden völlig vermieden. In den Fällen, in welchen der Tod im Anschluss an die Operation erfolgte, trugen Herzschwäche, Blutungen resp. in einem Falle eine echte Achsendrehung der angenähten Darmschlinge die Schuld. Letzterer Fall wird eingehend besprochen. Für das in den ersten Tagen nach der Operation nicht selten beobachtete vorübergehende Erbrechen schien in der Hauptsache eine Atonie des Magens verantwortlich zu sein.

Honsell (Tübingen).

---

14) **M. Rheinwaldt.** Über das Sarkom des Dünndarmes.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 3.)

Anschließend an 43 Beobachtungen der Litteratur und 2 neue Fälle aus dem Diakonissenhaus zu Stuttgart bespricht Verf. Pathologie und Therapie der Dünndarmsarkome. Die Sarkome werden, wie er ausführt, in allen Theilen des Dünndarmes angetroffen. Sie sitzen in der Kontinuität einer Darmschlinge und nehmen größtentheils den gesammten Umfang derselben ein. Im Gegensatz zu den Carcinomen pflegen sie die Lichtung nicht einzuengen, führen vielmehr häufig eine deutliche »aneurysmatische« Erweiterung desselben herbei; immerhin kommen in einer Minderzahl von Fällen auch Stenosen vor. Neben umschriebenen Geschwülsten lässt sich als besondere Gruppe die diffuse Sarkomatose des Dünndarmes aufstellen, bei welcher ein mehr oder minder großes Stück des Dünndarmes von mehrfachen, oft konfluirenden Infiltraten durchsetzt ist. Die nur selten fehlenden Metastasen haben ihren Sitz vorwiegend in den mesenterialen und retroperitonealen Lymphdrüsen, dann im Bauchfell, dem Netz, den Nieren, gelegentlich auch in anderen Organen. Histologisch überwiegen kleinzellige Rundzellensarkome und lymphadenoide Sarkome. Den Ausgangspunkt bildet gewöhnlich die Submucosa, seltener die Mucosa oder das subseröse Bindegewebe. Die Diagnose kann der Regel nach erst bei der Operation oder nach dem Tode, wenn nicht gar erst bei der mikroskopischen Untersuchung gestellt werden, da ein für die Dünndarmsarkome pathognomonisches Symptom nicht existirt. Die operative Thätigkeit soll sich auf solche Fälle beschränken, bei denen Stenoseerscheinungen im Vordergrund stehen, Marasmus fehlt oder doch als Folge der Ernährungsstörung durch die Stenose zu erklären ist. Die Prognose der Operation ist recht ungünstig. Nach dem bisherigen kasuistischen Materiale beträgt ihre Mortalität 38,8%; nur in 22,2% wurde Heilung erzielt.

Honsell (Tübingen).

---

15) **Cabot.** Some forms of intestinal obstruction due to adhesions.

(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 26.)

Die Hauptursachen für Bauchfellverwachsungen sind Appendicitis und Magengeschwüre. Die durch Verwachsungen gebildeten Knickungen und Winkel machen keine Erscheinung, so lange der Darm sonst gesund ist; kommt aber Überladung hinzu, oder eine Entzündung in der Nähe, durch die die Peristaltik beeinträchtigt wird, so tritt der Verschluss ein. Die Winkel- und Knickungsbildung erfolgt durch den Zug schrumpfender Adhäsionen hauptsächlich da, wo ein beweglicher Darmtheil in einen weniger freien übergeht: an der Ileocoecalklappe und am Übergang vom S romanum in den Mastdarm. Bei der Operation muss man oft die festen Verwachsungen mit dem Messer abtrennen. Sind sie Folge von Appendicitis, so muss der Wurmfortsatz entfernt werden, da sonst Recidive auftreten.

Fall I. Es bestand kein absoluter Verschluss. Bei der Operation fand sich ein starkes Band in der Mitte zwischen Basis des Blinddarmes und der Flexura hepatica, welches an die laterale Bauchwand angewachsen war und allmählich den Darm verschlossen und um seine Längsachse gedreht hatte. Nach Durchschneidung des Bandes blähte sich der vorher zusammengefallene Darm unter Rotation medianwärts auf. Wurmfortsatz entfernt.

Bei Verwachsungen des S romanum spielen entzündliche Processe im kleinen Becken die Hauptrolle, indem sie das ins Becken herabhängende Darmstück zur Verklebung bringen, wonach durch Narbenschrumpfung eine starre Fixation eintritt.

Fall II. Bei einem älteren Mann wurde wegen partiellen Darmverschlusses die Operation gemacht. Es fand sich breite Verwachsung des oberen Theiles der S.-Krümmung mit der Blase und linken Beckenwand: die Ursache war hier auch Appendicitis.

Fall III. Operation bei älterem Mann wegen kompleten Darmverschlusses. S.-Krümmung mit der linken Beckenwand breit verwachsen. Ursache: wahrscheinlich eine in der Kindheit überstandene schwere Ruhr.

Fall IV. Bei 30jähriger Frau fand sich gelegentlich der Ventrofixatio uteri die S.-Krümmung tief ins kleine Becken hinein gezogen, an der linken Tube angewachsen. Pat. hatte früher vielfach an Verstopfung gelitten, die nur schlecht auf alle möglichen Abführmittel u. dgl. reagirt hatte. **Trapp** (Bückeburg).

---

16) **H. Delore et M. Patel.** Du traitement de l'anus contre nature.

(Revue de chir. 1901. No. 5 u. 6.)

In der Einleitung wird die mikroskopische Anatomie des Sporns besprochen und ein gewisser Nachdruck gelegt auf die starke Verdickung der Serosa des abführenden Schenkels, wodurch dessen Lichtung verengert, die Schleimhaut gefaltet wird. Es folgt die Darstellung der Methoden, nach denen bisher die Heilung des widernatürlichen Afters (besonders nach Hernien) versucht bezw. herbeigeführt wurde.

Verff. theilen hierbei, je nachdem das Bauchfell durch die Operationsmethoden eröffnet wurde, oder nicht, diese in extra- und intraperitoneale ein.

Die extraperitonealen Methoden der Sporndurchtrennung mittels Enterotoms und seitlichen Verschlusses mit und ohne Plastik werden zur Zeit kaum noch oder doch nur unter besonderen Verhältnissen angewendet.

Meist bediente man sich in letzter Zeit intraperitonealer Eingriffe, und je nach den Umständen wählte man entweder die seitliche Darmnaht (Entérorraphie latérale) oder die Enteroanastomose oder die Resektion und cirkuläre Naht.

Vorbedingung für erfolgreiche seitliche Darmnaht ist die Beseitigung des Sporns; sie ist zeitraubend und nicht ungefährlich. Da bei longitudinaler Vernähung die Bildung einer Stenose zu befürchten ist, verdiente die Methode nur am Dickdarm verwendet zu werden.

Die Enteroanastomose kann mit mehrfachen Abweichungen ausgeführt werden, was besonders den Verschluss der zum After führenden Darmenden betrifft.

Am unsichersten bleibt die einfache Anastomose; auch nach Verschluss sowohl des oralen als auch beider Darmenden bleiben oft Fisteln bestehen; auch die Ileocolostomie ist nicht sicher genug.

Das Operationsverfahren, welches gleichzeitig die widernatürliche Öffnung unterdrückt und den natürlichen Weg der Verdauung wieder herstellt, ist die Resektion des offenen Darmstücks mit nachfolgender cirkulärer Naht. Sie wurde in der Poncet'schen Klinik vorwiegend mittels der Villard'schen Modifikation des Murphyknopfes ausgeführt. Verff. bemühen sich, die dem Knopfe vorgeworfenen Nachtheile zu widerlegen, seine Vortheile zu beleuchten, Dinge, die bekannt sind. Die Villard'sche Verbesserung beruht auch darin, dass die Wülste des Knopfes besser abgerundet sind, wodurch dem vorzeitigen Durchschneiden der gefassten Darmtheile vorgebeugt sei.

In der angegebenen Weise ist in der Poncet'schen Klinik 13mal die Heilung des widernatürlichen Afters ausgeführt worden, mit 2 Todesfällen an Lungenkomplikationen bei unversehrter Naht.

Christel (Metz).

---

17) **Ebstein.** Die Untersuchung des Mastdarmes von außen und deren therapeutische Verwendung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 30.)

E. weist darauf hin, dass man den mit Koth gefüllten Mastdarm von außen her linkerseits in der Gesäßspalte als einen in der Regel reichlich daumendicken Wulst fühlt, der, lateralwärts von der Steißbeinspitze oder noch etwas höher beginnend, sich bis zum After erstreckt. Diese Wahrnehmung hat er in zweifacher Weise ausgenützt, nämlich erstens, um den unteren Dickdarmabschnitt von seinem stagnirenden Inhalt zu befreien, zweitens um durch Massage die aus-

treibende Kraft des betreffenden Darmtheils zu kräftigen und seine Leistungsfähigkeit aufzubessern. **Borchard** (Posen).

---

18) **A. Navarro** (Montevideo). Traitement des rectites sténosantes.

(Revue de chir. 1901. No. 6.)

Die meist übliche Behandlung durch Dilatation und antiseptische Ausspülungen ist wohl im Stande, in den Fällen, wo eine cirkuläre Striktur vorhanden ist, erträgliche Zustände herbeizuführen; gewöhnlich aber handelt es sich um Verengerung langer Strecken von nahezu spiraligem Verlauf, so dass wohl das unterste Hindernis durch Erweiterung überwunden, die darüber liegenden Partien jedoch unbeeinflusst gelassen werden.

Auch die einfache Anlegung eines Anus praeternaturalis ist nicht im Stande, völliges Versiegen des Ausflusses herbeizuführen, so dass neben der Unbequemlichkeit des Kunstafters noch die lästige Sekretion aus dem Mastdarm fortbesteht.

Um diesen schweren Krankheitszustand zu heilen, muss man die ganze erkrankte Darmpartie abtragen. Hierzu bedient sich N. der bisher üblichen Technik, die ja relativ nicht allzu schwierig ist, abgesehen von der Auslösung des Mastdarmes aus der Eintrittsstelle in den Beckenboden. N. hat weder die Hypogastricae noch die Haemorrhoidalis inf. vorher umstochen bezw. abgeklemmt.

Auf diese Weise hat er 3mal Darmstücke von 24—48 cm mit 1 Todesfall entfernt; dieser betraf einen Alkoholiker, der früher bereits an Angina pect. gelitten hatte (plötzlicher Tod ohne Autopsie).

Eine Art Kontinenz des widernatürlichen Afters und damit eine wesentliche Einschränkung der mit ihm verbundenen Unannehmlichkeiten erzielt N. in folgender Weise: das Colon, möglichst hoch durchtrennt, wird mäßig gespannt, unter Drehung nach Gersuny am Peritoneum parietale im oberen Wundwinkel befestigt, dann längs der Incision zwischen die Muskeln gebettet. Der Eintrit der Kothmassen macht sich hierdurch bemerkbar, und die Patt. können daher einer unfreiwilligen Entleerung zuvorkommen. **Christel** (Metz).

---

19) **M. Reber.** Über eine bisher nicht beschriebene Form von Rectalstrikturen und eine neue Behandlung derselben.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXI. Hft. 1.)

In den von R. mitgetheilten Fällen der Hildebrand'schen Klinik war die Mastdarmstriktur jeweils im Anschluss an eine abdominale Uterusexstirpation wegen Myom aufgetreten und hatte in relativ kurzer Zeit zu äußerst hochgradiger Verengerung geführt. Beide Male wurde eine Heilung auf operativem Wege, und zwar mittels einer neuen Methode erzielt. Nach Resektion des Steißbeins und des untersten Kreuzbeinabschnittes wurde die hintere Mastdarm-



wand durch Längsschnitt eröffnet. Es folgte die ringförmige Excision der Strikturstelle noch innerhalb der Wanddicke; Ringnaht der Schleimhautwundränder; quere Vereinigung des Längsschnittes. Gutes Resultat.

Die wahrscheinliche Ursache für das Zustandekommen der Striktur glaubt Verf. in dem gynäkologischen Eingriffe, und zwar speciell darin suchen zu dürfen, dass bei der Vereinigung der zurückbleibenden Peritonealwunde die Douglas'schen Falten angespannt und nach vorn unten gezogen werden. Hierbei wäre es möglich, dass Gefäße, wie die A. haemorrhoidalis superior, gezerrt, in ihrer Lichtung verengert oder selbst verschlossen würden, und die hieraus folgende Ernährungsstörung in der Wand des oberen Mastdarmtheils würde dann ihrerseits die Striktur zur Folge haben. Die neue von Hildebrand durchgeführte Operationsmethode biete den Vortheil, die Striktur ohne Resektion des Darmes in allen seinen Schichten und namentlich ohne Eröffnung des Bauchfells zu entfernen.

Honsell (Tübingen).

---

20) **Berger.** Sur la technique et les résultats de l'exstirpation du rectum cancéreux.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 194.)

Zur Wahrung der Asepsis bei der perinealen Exstirpation des Mastdarmes empfiehlt B. einmal einige Tage vorher die Kolotomie vorauszuschicken und den unteren Darmtheil von diesem Kunstafter aus gründlich zu reinigen, sodann bei Beginn der Operation den After durch eine Tabakbeutelnaht zu schließen, nach Auslösung und Herabholen des carcinösen Mastdarmes bis vor die Wunde die Peritonealhöhle durch Naht zu schließen, nun den Mastdarm in seiner ganzen Länge zu spalten, ihn nochmals vom Kunstafter aus auszuwaschen, dann oberhalb der Neubildung mit einer elastischen Ligatur zu umschnüren, unterhalb dieser zu durchtrennen und den Stumpf an die Haut anzunähen. Die elastische Ligatur bleibt liegen, bis sie sich selbst löst.

Reichel (Chemnitz).

Kleinere Mittheilungen.

(Aus der chirurg. Abtheilung des Karl Olga-Krankenhauses zu Stuttgart, Oberarzt Prof. Dr. Landerer.)

Trachealknorpeldefekt und Silberdrahtnetzdeckung.

Von

Dr. **Grosse.**

In No. 10 des Centralblattes für Chirurgie 1900 veröffentlichte Prof. Witzel, Bonn, seine Methode über Verschluss von Bauchwunden und Bruchpforten durch versenkte Silberdrahtnetze, die in der Wunde selbst angelegt werden; in No. 17 d. Bl. 1900 empfahl Göpel, Leipzig, die Verwendung vorher fertiggestellter Silberdrahtnetze zu demselben Zweck und deutete dabei an, dass sich diese Netze viel-

leicht auch an anderen Stellen — zu Knochenersatz etc., auch zur Deckung von Trachealdefekten, verwenden lassen könnten.

Ein geeigneter Fall zu diesem Versuch bot sich im hiesigen Krankenhaus im Juni 1900. Ein 12jähriges, 9 Jahre früher wegen Kehlkopfdiphtherie tracheotomirtes Mädchen litt seither an dyspnoischen Zuständen, die mit den Jahren sich so verschlimmert hatten, dass das Kind sich nur noch ganz vorsichtig bewegen konnte, weil sonst sofort inspiratorische Dyspnoë eintrat, dass es nur noch in einem Halbschlaf von 5—10 Minuten Dauer liegen konnte, bei tieferem Einschlafen aber sofort in schwerste Dyspnoë gerieth und nur in Orthopnoë sehr mangelhaft Schlaf finden konnte. Dadurch war die ganze Entwicklung des Kindes sehr zurückgeblieben.

Es bestand ein Defekt vorn in der Trachea über 3—4 Ringe hinweg (unterhalb der Schilddrüse); die allein erhaltenen Seitentheile waren vorn scharnierartig verbunden, klappten im Inspirium zusammen. Schon bei Ruhe waren meist inspiratorische Einziehungen vorhanden, die Athmung leicht stridorös. Elendes, anämisches Kind. Leichter Basedow.

Es wurde am 16. Juni die Trachealstelle bloßgelegt, Trachea vorn und seitlich isolirt, ein ziemlich festes Drahtgeflecht von knapp 2 cm Breite und 3 cm Länge oder Höhe, halbrinnenförmig gebogen, um die schlaff zusammenklappende Trachealstelle herumgelegt und hier mittels Aluminiumbronzenähten (extramukös angelegt) seitlich und vorn befestigt. Die Trachea wurde so aus einander gezogen und durch das feste Geflecht dilatirt erhalten. Die vorher sehr schlechte Athmung wurde sofort vollkommen frei. Das Netz heilte reaktionslos ein, obgleich die Operation bis zur Isolirung der Trachea vorgenommen werden musste ohne Desinfektion der Hände, der Instrumente, des Operationsfeldes; denn beim Niederlegen der Pat. auf den Operationstisch trat sofort totale Asphyxie ein; es musste desshalb sofort operativ eingegriffen werden, um das Leben event. durch Tracheotomie zu retten; erst als die Trachea — uneröffnet — frei lag und mit Pincetten aus einander gehalten werden konnte, kehrte die Athmung sofort wieder, und nun konnte die Desinfektion der Hände etc. in der nothwendigsten Weise noch vorgenommen werden. Die Heilung erfolgte also trotzdem ganz reaktionslos.

Der Effekt der Operation war ein vollkommener. Die Athmung war sofort eine freie, ruhige, normale. Der Schlaf wurde von der Stunde der Operation an ein ganz ungestörter. Die Einziehungen waren verschwunden. Dyspnoëanfälle kamen nicht wieder vor. Das Kind erholte sich rasch; es ist zwar etwas anämisch und mager geblieben (ungünstige häusliche Verhältnisse), hat sich aber sonst gut entwickelt, macht jetzt auch in der Schule gute Fortschritte.

Der Zustand ist nun seit $^5/_4$ Jahren immer der gleich gute geblieben. Das Netz liegt, deutlich unter der Hautnarbe fühlbar, an der alten Stelle. Es hat in keiner Weise dem Zug der Trachea nachgegeben, wird das nun wohl auch nicht mehr thun, da man doch annehmen muss, dass die dilatirt erhaltene Trachea jetzt durch die Maschen des Netzes hindurch mit den straffen Sterno-cleido-mastoidei durch ziemlich festes Bindegewebe verwachsen ist, so dass das Netz einem starken Zug nicht mehr Widerstand zu leisten braucht.

Somit dürfte das Netz seine Probe bestanden haben, und kann das Heilungsresultat als ein dauernd befriedigendes angesehen werden. Es kann nach diesem Beispiel das Verfahren für ähnliche Fälle als ein recht geeignetes und technisch ziemlich einfaches sehr empfohlen werden.

---

21) Wilms. Die Entfernung von Fremdkörpern aus dem unteren Theil des Ösophagus vom Magen aus.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 348.)

Wiederholt haben sich Chirurgen genöthigt gesehen, um Fremdkörper aus dem unteren Theil der Speiseröhre, die von oben her nicht zu erreichen waren, vom Magen aus zu entfernen, die vordere Magenwand so weit zu spalten, dass die

ganze Hand in den Magen einführbar und damit der ösophageale Fremdkörper den Fingern zugänglich wurde (Richardson 1887, Wallace 1894, Thiriar 1900). Obwohl die Erfolge nicht schlecht waren, bleibt dies Verfahren der hohen, ihm anhaftenden Infektionsgefahr wegen anstößig und verbesserungsbedürftig. In der Leipziger Klinik wurde ein Pat., dem ein heruntergeschlucktes künstliches Gebiss zwischen 8. und 9. Brustwirbel sitzen geblieben war (Röntgenbild), folgendermaßen behandelt. Bauchschnitt in der Mitte oberhalb des Nabels. Ein Stück der Magenvorderwand nahe der Cardia wird hervorgeholt. Auf diesem Stück Anlegung einer Serosa und Muscularis fassenden, einen kleinen Kreis umziehenden Tabaksbeutelnaht. Innerhalb dieses Kreises kleine Mageníncision, eben hinreichend, den mit einem Condom armirten Zeigefinger einzuführen, wonach die Tabaksbeutelnaht der Magenwand den Finger wasserdicht abschnürend zugebunden wird. Dann Einführung der ganzen Hand in die Bauchhöhle, wobei der Zeigefinger die sich einstülpende Magenwand mitnimmt. Das jetzt zugänglich gewordene Gebiss wird herausgeholt, der Condom vom steril gebliebenen Finger entfernt. Naht etc. Heilung. — Hervorzuheben ist noch, dass die 1. Röntgenaufnahme, gerade von vorn, resultatlos blieb, während eine zweite mit schräg von rechts nach hinten links auffallendem Licht deutlich die Metallstäbchen zeigte, mit denen die Zähne befestigt waren. Über die Höhe, bis zu welcher man vom Mageninnern durch die Cardia mit dem Finger in die Speiseröhre hinauf dringen kann, haben Kockel und Birch-Hirschfeld eine Reihe von Leichenversuchen gemacht, denen zufolge man bei jüngeren Erwachsenen gewöhnlich den 8. Brustwirbel oder wenigstens die Intervertebralscheibe zwischen 8. und 9., bei alten Individuen durchschnittlich den 9. oder die Grenze vom 9. und 10. Wirbel erreicht. Dagegen kommt man von einer Ösophagotomiewunde mit dem Finger nach unten nur bis zum 5. oder 6. Brustwirbel. Für Fremdkörperextraktionen vom Magen aus ist von Wichtigkeit, den Magenschnitt nicht zu weit von der Cardia anzulegen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

22) **L. Zembrzuski.** Ein Fall von Ausstoßung der Schleimhaut des Ösophagus nach Verbrühung mit Lauge.

(Gaz. lekarska 1901. No. 13.)

Ein 18jähriges Mädchen stellte sich in der Ambulanz mit der Angabe vor, sie habe vor 5 Tagen in selbstmörderischer Absicht Laugenessenz getrunken. 4 Tage hindurch habe vollständige Dysphagie bestanden, bis Pat. ein wurstförmiges Gebilde erbrochen hat, worauf wesentliche Linderung erfolgte. Das mitgebrachte wurstförmige Gebilde bildete ein graues, 18 cm langes, an dem breiteren Ende 12,9, an dem entgegengesetzten 4 cm im Umfange betragendes Rohr, dessen Wände stellenweise durchlöchert waren. Nach mikroskopischer Untersuchung bestand es aus der des Epithels beraubten Speiseröhrenschleimhaut, stellenweise sogar aus der Muskelschicht. Pat. erhielt einige Tage bloß Eis, worauf dann behutsam die Sondirung und zwar mit sehr gutem Erfolge vorgenommen wurde.

Trzebicky (Krakau).

23) **Mauclaire.** Contusion de l'abdomen. Contracture de la paroi abdominale. Coeliotomie. Tamponnement d'une déchirure du foie.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 234.)

24) **Roger** (d'Agde). De la laparotomie dans les contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval. Rapport par M. Hartmann.

(Ibid.)

In beiden von M. und R. mitgetheilten Fällen von Bauchkontusion erlaubte das Symptom der Kontraktur der Bauchmuskulatur die Diagnose auf intraperitoneale Verletzung zu stellen. Im Falle M.'s ließ die Laparotomie einen Riss der Leber in der Höhe ihres oberen Befestigungsbandes finden und durch Tamponade die Blutung stillen; doch folgte der Tod am 4. Tage. Im Falle R.'s wurde eine Operation nicht gestattet, und Pat. starb an Peritonitis.

Hartmann sieht in diesen Fällen eine weitere Stütze der Richtigkeit seiner im Oktober 1898 aufgestellten These: Bei einer Kontusion des Bauches bildet bei Abwesenheit jedes anderen Zeichens das Vorhandensein einer Kontraktur der Bauchwand, die nicht auf die gequetschte Stelle beschränkt ist, eine Indikation zur sofortigen Laparotomie; dagegen enthalte man sich jedes Eingriffes bei Fehlen einer solchen Kontraktur, welche Symptome sonst auch vorliegen. Er hat nach diesem Grundsatz seitdem sämmtliche in das Hospital aufgenommene Fälle von Bauchquetschung, im Ganzen 27, behandelt: 17mal fehlte eine Kontraktur; diese Fälle genasen sämmtlich ohne jeden Eingriff. In 10 Fällen war dies Symptom vorhanden: von diesen wurden 9 Pat. laparotomirt. 5mal fand sich eine Zerreißung des Dünndarmes (1mal Heilung, 4mal Tod), 2mal eine Zerreißung der Leber (1mal Heilung, 1mal Tod), 1mal Zerreißung des Mesenterium (Tod), 1mal eine intraperitoneale Zerreißung der Harnblase (Genesung). Der 10. Pat. verweigerte jeden Eingriff; er starb an den Folgen einer Darmzerreißung.

Hartmann betont, dass nur eine ausgedehnte, bezw. allgemeine Kontraktur der Bauchdecken die erwähnte diagnostische Bedeutung besitzt, nicht aber eine auf den gequetschten Punkt begrenzte. Auch muss man sich hüten, durch ungeschickte Betastung eine allgemeine Kontraktur auszulösen. Die vorher erwärmte Hand muss sacht platt auf den Bauch gelegt werden und dann die Spannung der Bauchwand durch sanften Druck prüfen. **Reichel** (Chemnitz).

25) **Auvray.** Trois cas de plaies pénétrantes de l'abdomen. Rapport par M. Rochard.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 24.)

Die 3 von A. mitgetheilten Beobachtungen lassen sich kurz folgendermaßen wiedergeben:

1) Revolverschuss im linken Hypochondrium. Aufnahme ins Krankenhaus 14 Stunden später mit Zeichen florider Peritonitis. Sofortige Operation: Der Dünndarm ist an 2 Stellen von einer zur anderen Seite perforirt, das Geschoss an der Wand des Colon transversum aufgehalten, die es durchbohrt hat, ohne in die Darmlichtung zu fallen; es bestehen also 5 Perforationen. Etagenförmige Darmnaht. Drainage. Tod am folgenden Tage.

2) Messerstich durch den Musculus rectus abdominis etwas nach links oben vom Nabel. Puls 99, Temperatur 37,3 6 Stunden nach dem Unfalle. Laparotomie. Ein spritzendes Gefäß des Netzes wird unterbunden, eine kleine Wunde im Mesocolon genäht; der Darm ist unverletzt. Bauchnaht. Heilung, doch komplicirt durch einen Abscess der Bauchwand.

3) Messerstich im linken 7. oder 8. Interkostalraume in der Linea axillaris. Zur Wunde ist ein Stück Netz von ca. 10 cm Länge vorgefallen und in ihr eingeklemmt. Resektion des vorgefallenen Netzstückes. Seitliche Laparotomie, um das Netz im Niveau der Zwerchfellwunde zu fassen und in die Bauchhöhle zurückzuziehen. Hierbei dringt Luft in die Brusthöhle, ohne jedoch Störung zu machen. Schwierige Naht der Zwerchfellwunde. Bei Besichtigung des Dickdarmes wird eine erbsengroße Perforation auf beiden Seiten des Colon descendens gefunden und genäht. Darminhalt war nicht ausgetreten. Drainage. Bauchnaht. Heilung.

Zur Erleichterung der Zwerchfellnaht empfiehlt A. auf Grund von Leichenversuchen die Resektion des 7., 8., 9. und 10. Rippenknorpels. Der Berichterstatter Rochard hält dies Verfahren für zu komplicirt und befürwortet das transpleurale Vorgehen, das schon oft erfolgreich angewendet wurde. In den Fällen A.'s findet er einen weiteren Beleg für die Richtigkeit seiner schon früher vertretenen Anschauung, dass es gefährlich sei, in Fällen penetrirender Bauchwunden durch Messerstich das ganze Eingeweide auf das Vorhandensein etwaiger Perforation abzusuchen oder gar zu evisciriren; es genüge vielmehr eine sorgfältige Prüfung der der Wunde benachbart gelegenen Eingeweide. Ähnlich spricht sich Tuffier aus.

Delorme empfieht bei thorakoabdominalen Wunden gleichfalls den transpleuralen Weg Behufs Naht der Zwerchfellwunde, und zwar soll sich die Rippen-

resektion vorn und seitlich auf die 6., hinten auf die 7. Rippe beschränken. Tiefer gelegene Rippen oder Rippenknorpel zu reseciren, bedeute eine Gefährdung der Aktion des Zwerchfells in Folge Schädigung seiner Insertionspunkte; ein höher oben geführter Schnitt würde aber das Niveau der Konvexität des Zwerchfells übersteigen.

Reichel (Chemnitz).

26) **H. Girard.** Plaie pénétrante de la poitrine et de l'abdomen avec issue du grand épiploon à travers la plaie thoracique; intervention d'urgence; thoracoplastie; guérison sans incident.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 107.)

Der 28jährige, bald nach der Verletzung in ziemlich bedrohlichem Zustande ins Krankenhaus aufgenommene Pat. bot im linken 7. Zwischenrippenraume zwischen Mamillar- und vorderer Axillarlinie eine 4 cm lange Stichwunde, durch die ein großes Stück Netz vorgefallen und eingeklemmt war, außerdem eine zweite nur in die Subcutis dringende Wunde in der linken Lendengegend. G. resecirte zunächst unterhalb der ersten Wunde die 8. Rippe in 10 cm Länge, eröffnete breit die Pleurahöhle und befreite das Netz durch Vereinigung seiner Incision mit der Stichwunde aus seiner Einklemmung. In der Pleurahöhle fand sich nur wenig Blut. Dem Netz folgend gelangte er an die 3 cm lange Schnittwunde des Zwerchfells, sicherte ihre Ränder durch Klemmen, erweiterte die Wunde, resecirte das vorgefallene Netzstück und reponirte den Netzstumpf. Nunmehr vereinigte er durch Nähte die Pleura costalis mit der Umgebung der Zwerchfellwunde, schloss damit den Pleuraraum ganz ab, brachte sich dann durch die Wunden den Magen und das Colon zu Gesicht — sie waren unverletzt —, dessgleichen die Milz, die einen kleinen Einriss zeigte. Nach Stillung der Blutung vernähte er die Zwerchfell- wie Brustwunde vollständig. Nach reaktionslosem Verlauf genas Pat. völlig.

Reichel (Chemnitz).

27) **Vincent.** Plaie de l'abdomen par arme du feu.

(Soc. de méd. d'Alger. 1901. Juni 12.)

Schuss aus dem französischen Armeerevolver M. 90, Operation 3 Stunden später. Blutung in die Bauchhöhle in Folge Verletzung einer Mesenterialarterie, multiple Darmperforationen, vollständige Durchtrennung des Dünndarmes, Kothmassen in der Bauchhöhle. Darmnaht, Resektion eines Stückes Dünndarm und cirkuläre Vereinigung, Heilung. Der günstige Ausgang ist in erster Linie auf die Kürze der Zeit zwischen Verletzung und Operation zurückzuführen.

Mohr (Bielefeld).

28) **R. Karplus.** Zur Kasuistik subkutaner Darmverletzungen.

(Wiener med. Wochenschrift 1901. No. 29.)

Ein 53jähriger Mann rennt gegen einen Barrierenstock an; der Stoß trifft das rechtsseitige Bruchband, welches gegen einen freien Leistenbruch getragen wird. Heftiger Schmerz in der Leisten- und unteren Bauchgegend, so dass der Mann nach Haus fahren muss. Wiederholtes Erbrechen. Dann lassen die Schmerzen nach; Allgemeinbefinden am nächsten Tage zufriedenstellend, kein Erbrechen mehr, normaler Puls und Athmung, nur örtliche Schmerzhaftigkeit am Unterbauch, besonders rechts. Kein Stuhl. Nach ca. 44 Stunden, nach Klysma, plötzlich rascher und schwerer Collaps, Symptome der Peritonitis perforativa, Bauch gleichmäßig vorgetrieben, in den Hypogastrien, rechts stärker als links, und in der Magengegend schmerzhaft. Bruchsack leer, Leistenkanal frei. Bei der Operation, 15 Stunden nach der Verletzung, 6—7 Stunden nach der Perforation, zeigte sich an der dem Gekrösansatz gegenüberliegenden Stelle — einer dem unteren Dünndarm angehörigen Schlinge — eine ca. 2 cm lange Perforationsstelle, aus welcher sich Darminhalt entleert. Die Perforationsöffnung liegt innerhalb einer gangränösen Partie des Darmes, welche Gangrän sich über die ganze Peripherie des Darmes erstreckt, am Gekrösansatz ca. 6 cm lang ist. Gekröse blutig imbibirt. Tod nach wenigen

Stunden. Der Mechanismus der Perforation war offenbar nicht Berstung einer Schlinge mit provisorischer Verlegung der Öffnung durch Schleimhaut, sondern ausgebreitete blutige Imbibition der Darmwand durch den Stoß, vielleicht auch Thrombosirung von Gekrösgefäßen mit folgender Gangrän. Die gequetschte Darmpartie soll in solchen Fällen cirkulär resecirt werden (Hahn) einfache Übernähung der Perforation ist ungenügend. **Herm. Frank** (Berlin).

29) **G. Hämig.** Klinische Beobachtungen über Perityphlitis.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXI. Hft. 1.)

Wie fast alle Autoren betrachtet H. die Appendicitis im Allgemeinen nicht als eine akut über Nacht auftretende Krankheit, sieht vielmehr im einzelnen Anfall nur die akute Verschlimmerung einer schon länger bestehenden Erkrankung des Wurmfortsatzes. Der Regel nach entspreche ein schwerer Anfall einer bedeutenderen Schädigung des Wurmfortsatzes, doch kommen auch sehr schwere Verlaufsweisen bei nur geringfügigen Veränderungen des Wurmfortsatzes vor. Unter 112 Resektionen im freien Intervall wurden 21mal Kothsteine gefunden; sie bleiben, wie ausgeführt wird, immerhin gefährliche Objekte, wenn man ihnen auch heutigen Tages nicht mehr die wichtige ätiologische Rolle zuschreibt wie früher. Eigentliche Fremdkörper wurden nur 2mal angetroffen. In vereinzelten Fällen erwies sich neben dem Wurmfortsatz auch die Blinddarmwand in schwerem Maße in Mitleidenschaft gezogen; selten waren ferner Perforationen in den Darm und sonstige Organe.

Bezüglich der operativen Indikationsstellung im akuten Anfall wird in der Krönlein'schen Klinik der Grundsatz vertreten, sofort zu operiren, wenn allgemeine Peritonitis droht oder schon besteht. Nach Verlauf einiger Tage wird operirt, wenn die schweren Anfangssymptome nicht zurückgehen, wenn ein Abscess nachweisbar ist, oder wenn sich beunruhigende Erscheinungen einstellen. Der Wurmfortsatz wurde primär mitentfernt, wenn er sich gerade präsentirte oder ohne größere Verletzungen aufzufinden war. Die erzielten Resultate waren recht befriedigende: von 61 Pat. sind nur 5 gestorben; eine Peritonitis im Anschluss an die Operation kam nie vor. Die operative Behandlung bei bereits vorhandener allgemeiner Peritonitis bestand in breiter Laparotomie, Entleerung des Exsudates und vorwiegend trockener Reinigung; 16mal konnte hierbei auch der Wurmfortsatz entfernt werden. Interessant ist, dass in nicht weniger als 9 Fällen, von denen die neueren im Auszug mitgetheilt werden, Perityphlitis im Bruchsack beobachtet wurde.

Unter 112 Appendicitisoperationen im freien Intervall wurde kein Todesfall, ja nicht einmal eine nennenswerthe Störung des Wundverlaufes beobachtet; so weit festzustellen war, sind auch keine Bauchbrüche eingetreten.

Honsell (Tübingen).

30) **Poirier.** Traitement de l'appendicite.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 45.)

P. verficht von Neuem den schon früher von ihm aufgestellten Satz: Die akute Appendicitis muss unter allen Formen und allen Graden operirt werden, und zwar so früh als möglich. Nach diesem Grundsatz hat er in den letzten 2 Jahren alle in das Krankenhaus aufgenommenen Pat. mit akuter Appendicitis innerhalb 3 Stunden nach ihrer Aufnahme theils selbst operirt, theils von seinem Assistenten operiren lassen und sehr gute Resultate erzielt. 1899 wurden 26 Fälle operirt, davon 7 nach Ablauf der akuten Erscheinungen, à froid. Diese 7 heilten sämmtlich. Von den übrigen 19 Pat. boten 11 nur die Zeichen umschriebener Eiterung; auch sie genasen alle. Bei 8 Pat. war die Bauchfellentzündung bereits generalisirt; gleichwohl genasen nach der Operation 6; nur 2 starben. Im Jahre 1900 gelangten 20 Pat. zur Operation, nur 1 im Intermediärstadium, 19 im Stadium der akuten Eiterung, und zwar 5 mit Zeichen diffuser Peritonitis. Alle Pat. wurden durch die Operation gerettet. Minder günstig waren die Resultate in der Privatpraxis; von 18 Operirten — darunter 4 im Stadium à froid, 14 während des Anfalles —

starben 4. 2 der letzteren waren gleich unter dem Symptomenbild der allgemeinen Perforationsperitonitis erkrankt; bei den beiden anderen aber wurde nach P.'s Ansicht der richtige Zeitpunkt zur Operation durch zweckloses Zögern versäumt.

Schreitet die peritoneale Infektion nach dem Eingriff fort, so macht P. nicht etwa Ausspülungen, sondern einen kräftigen Aderlass mit unmittelbar folgender intravenöser Injektion von Serum. In 2 Fällen erzielte er hierdurch unerwartete Heilung. **Reichel** (Chemnitz).

31) **J. Weber.** Ein weiterer Beitrag zur Kasuistik der subphrenischen Abscesse.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 127.)

W., welcher früher bereits aus Sonnenburg's Krankenhaus in Berlin-Moabit 9 postappendicitische subphrenische Abscesse veröffentlicht hat (cf. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIV p. 423 und unser Blatt 1900 p. 512), liefert hier aus demselben Spital eine neue Serie von 11 einschlägigen Fällen, von denen aber nur die ersten 6 appendicitischen Ursprungs sind. Fall 2 heilte merkwürdigerweise ohne Incision aus, obwohl der subphrenische Eiter durch Probepunktion sichergestellt war. Die übrigen Pat. sind operirt und bis auf Fall 1 genesen. Nur in Fall 1 und 5 drang die Incision direkt unterhalb des Zwerchfells auf den Abscess, sonst eröffnete sie, der voraufgeschickten Probepunktion folgend, zunächst unter Rippenresektion die Pleurahöhle, wonach die durch den Abscess vorgewölbte Zwerchfellskonvexität aufgeschnitten wurde, so dass die Operation also »perpleural« stattfand. In den übrigen Beobachtungen bestand die Krankheitsursache bei Fall 7 in einer Schussverletzung (geheilt nach Eröffnung des Eiterheerdes), in Fall 8 in einer Gallenblasenperforation (Extraktion von 19 Gallensteinen aus dem eröffneten Abscess, dessen Eiter auffallenderweise nicht gallig verfärbt war; Heilung), in Fall 9 in einer Echinokokkenvereiterung (Heilung nach perpleuraler Zwerchfellsincision und Eiterentleerung), in Fall 10 in eitriger Adnexerkrankung der weiblichen Genitalien († trotz Operation). In Fall 11 endlich wurde bei der Sektion eines an putrider Pleuritis und Bronchitis gestorbenen Pat., der auch Beingangrän hatte, nebenbei ein etwa hühnereigroßes subphrenisches Empyem gefunden. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

32) **F. Justian.** Ein Beitrag zur Kasuistik der Tuberculosis herniosa.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 64.)

Ein neuer von J. aus einem Wiener Militärlazarett beigebrachter Fall betrifft einen Infanteristen (Alter nicht angegeben), der ziemlich gleichzeitig mit einer Erkrankung an einem linksseitigen Pleuraexsudat einen mannsfaustgroßen rechten Leistenbruch bemerkt hatte. Nach Genesung von der Pleuritis, die zunächst mit Punktion, dann — nach Rückkehr und Eitrigwerden des Exsudats — mit Thorakotomie behandelt werden musste, wurde der Bruch nach Bassini operirt. Hierbei zeigte sich, dass der Bruchsack derb und verdickt und auf seiner serösen Fläche mit miliaren bis hirsekorngroßen, gelblich-weißen Knötchen besetzt war, eben so wie die Serosa einer vorgezogenen Darmschlinge. Bei seiner Eröffnung entleerte sich aus ihm und aus dem Bauch auf Druck reichliche seröse Flüssigkeit. Die Heilung war nicht fieberfrei, und hatte sich in der 2. Woche im Bauch wieder etwas Exsudat angesammelt, das auf Schmierseifeneinreibungen stetig abnahm. Zur Zeit der Berichterstattung geht der Mann der Genesung entgegen.

Dieser Fall von Bruchtuberkulose ist als ein sekundärer anzusehen nach primärer Erkrankung der serösen Häute (Pleura und Peritoneum). Verf. giebt auf Grund der von ihm verglichenen einschlägigen Litteratur (28 Fälle) einige Allgemeindaten zur Klinik des Leidens. Danach sieht er $^2/_3$ aller Fälle eben so wie den seinigen als sekundärer Natur an. Das jüngere Lebensalter, selbst Kindesalter, scheint bevorzugt, von den Geschlechtern überwiegt das männliche mit seinen häufigen Leistenbrüchen. J. unterscheidet 3 anatomische Formen der Erkrankung: 1) eine Aussaat miliarer Knötchen, 2) die knotige Erkrankungsform mit kirschkern-

bis haselnussgroßen Knoten, 3) eine tuberkulöse Bruchsackentzündung mit fächerförmigen durch Scheidewände gebildeten Abtheilungen. Von 28 bekannten Fällen wurden 23 chirurgisch behandelt, bei denen 15mal dauernde Heilung konstatirt ist. Einige Male wurden gleichzeitig tuberkulöse Hoden bezw. Nebenhoden exstirpirt. Die richtige Diagnose wurde vor der Operation nur 4mal gestellt. Sie stützte sich einmal auf die Probepunktion eines kalten Abscesses im Bruchsack, sonst auf die Fühlbarkeit von Verdickungen und Unebenheiten am Bruchsack, verbunden mit gleichzeitigem Ascites, Entleerbarkeit von Flüssigkeit aus dem Bruchsack in den Bauch durch Druck etc. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

33) **Albertin.** Tuberculose herniaire.

(Province méd. 1901. No. 31.)

Demonstration eines 2jährigen Kindes mit sehr schmerzhaftem rechts- (oder links-) seitigem Leistenbruch. Bei der Operation zeigt sich die Darmserosa glatt, der Bruchsack aber mit miliarer Tuberkulose besetzt. Unmittelbar im Anschluss an die Operation Bronchopneumonie. Heilung. **Herm. Frank** (Berlin).

34) **Lauenstein.** Operation eines äußeren Leistenbruches, der mit Leistenhoden verbunden war.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 29.)

L. entfernte nicht den Hoden, sondern verlagerte ihn mit dem ausgelösten Bruchsacke hinter die Bauchdecken. Darüber wird der Leistenkanal fest verschlossen. Die Heilung war eine so gute, dass Pat. seiner Militärpflicht völlig genügen konnte. **Borchard** (Posen).

35) **Dubujadoux.** Deux cas de hernies inguinales volumineuses. Rapport par M. Chauvel.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 181.)

Es handelt sich um Fälle von großen Hodensackbrüchen, die als Inhalt Dünndarm, Blinddarm, den Wurmfortsatz, und einen Theil des Dickdarmes enthielten der eine Fall betraf ein Kind von 13 Monaten, der andere einen Mann vo 45 Jahren. D. betont die Schwierigkeiten der Reposition in solchen Fällen be der Operation. Erst wenn man das Colon vorsichtig von der Unterlage abgelöst und zurückgedrängt hat, lässt sich der gesammte übrige Bruchinhalt zurückbringen.

In der Diskussion erwähnte Tuffier eine von ihm mehrfach mit bestem Erfolg ausgeführte Modifikation der Radikaloperation von Scrotalhernien bei ausgedehnter Flächenverwachsung einer Darmschlinge mit dem Bruchsack — er spricht nicht von den Brüchen des Colon. Er durchtrennt nicht, wie dies gewöhnlich geschieht, den Bruchsack unmittelbar rings um die Verwachsungsfläche und reponirt dann die durch Ablösung des verwachsenen Bruchsackstückes von der Unterlage beweglich gewordene Schlinge, da diese dann mit ihrer blutenden Oberfläche im Innern der Bauchhöhle neue Verwachsungen einginge, sondern er durchschneidet den Bruchsack ringsum in einiger Entfernung von der Verwachsung und schlägt die dadurch an der Schlinge haften bleibende Bruchsackmanschette über die Schlinge zurück, so dass diese nun vollständig von Bauchfell wieder umkleidet ist; er nennt dies Verfahren: la péritonisation des surfaces cruentées. **Reichel** (Chemnitz).

36) **A. v. Meer.** Über wiederholte Einklemmung im Foramen obturatorium sin. (Darmwandhernie), kombinirt mit Volvulus ilei.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 583.)

v. M. berichtet über eine 62jährige Frau, die von Bardenheuer im Kölner Bürgerhospital wegen Ileuserscheinungen 2mal mit Erfolg laparotomirt wurde. Beide Male fand sich eine Dünndarmwand im linken Canalis obturatorius eingeklemmt, aber durch Zug leicht zu lösen. Die 2. Operation fand $1^1/_2$ Jahr nach

der ersten statt. Bei der zweiten fand sich neben der Darmeinklemmung auch ein »Volvulus der zuführenden geblähten Darmschlingen von 360°, der jedoch noch nicht zu einer vollständigen Darmabschnürung geführt hatte und leicht zurückgedreht wurde«. Dem Verf. sind aus der Litteratur 7 Fälle von Laparotomie bei Hernia obturatoria bekannt, von denen nur 2 genesen sind. Der bedrohliche Zustand der Bardenheuer'schen Kranken bei beiden Operationen verbot es, der Beseitigung der Darmeinklemmung noch eine Radikaloperation des Bruches hinzuzufügen. Zur Ausführung einer solchen schlägt Bardenheuer vor, einen Periost-Knochenlappen von der hinteren Fläche des Schambeins her auf das Foramen obturatorium zu legen und darüber das Bauchfell zu vernähen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

37) **Köppelin.** Demonstration einer Haargeschwulst aus einem Magen.

(Sitzungsbericht aus der Société des sciences méd. zu Lyon vom 19. Juni 1901.)
(Province méd. 1901. No. 25 u. 26.)

Der Fall scheint dem Autor in seiner Art einzig, giebt aber genau die Verhältnisse in den schon früher bekannten Fällen wieder. 15½jähriges, hysterisches Mädchen; die harte Geschwulst füllt den ganzen Magen wie ein Abguss aus, bietet alle diagnostischen Schwierigkeiten; das Haarkonvolut wiegt 760 g. Subjektive Erscheinungen sehr gering — geringer aber doch nicht fehlender Appetit, seit 2 Jahren einiges, immer nächtliches, Erbrechen wässriger Massen.

Herm. Frank (Berlin).

38) **R. Caminiti** (Rom). Un caso di mioma del piloro.

(Policlinico 1901. Vol. VIII. C.)

Anatomische Details über einen Fall eines reinen Pylorusmyoms, das bei einem schwer tuberkulösen Individuum gefunden wurde. Keine Erscheinungen während des Lebens. Starke Magendilatation mit sehr verdünnter Wandung. Die Geschwulst setzt sich scharf gegen die Nachbarschaft ab und erreicht, nur das obere Viertel des Pylorusumfanges freilassend, die Größe einer Walnuss. Die Lichtung lässt eben einen Federkiel passiren. Die Schleimhaut unversehrt, doch stellenweise beginnende Atrophie der Drüsen. **J. Sternberg** (Wien).

39) **Kelling.** Ein in physiologischer Beziehung beachtenswerther Fall von Magenresektion nebst Bemerkungen zur Gastroenterostomie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 155.)

K. schloss an die Pylorusresektion nach der II. Billroth'schen Methode wegen Carcinom bei einer 48jährigen Frau einen Gallenblasensteinschnitt, gefolgt von Drainage der Gallenblase nach Poppert. Die Gastroenterostomie war dabei nach v. Hacker 3 Handbreiten von der Plica duodeno-jejunalis mit Murphyknopf ausgeführt. Nachdem nach 9 Tagen die auf die Gallenblasennaht gelegten Tampons entfernt wurden, ging die Naht des Duodenalstumpfes und zum Theil die der Gallenblase auf. Man sah im Wundgrunde ganz deutlich die Duodenalschleimhaut. Im Weiterverlaufe entleerten sich nun aus dem klaffenden Duodenum nach jeglicher Nahrungsaufnahme außer Galle und Pankreassaft die Ingesta. Hiermit ist der interessante Beweis geliefert, dass die genossene Nahrung durch die Magen-Darmfistel zunächst rückläufig nach aufwärts ins Duodenum gelangte, wo sie sich mit Galle und Pankreassaft mischte. K. schätzt die Länge des hier antiperistaltisch vom Magen aus durch die Speisen zurückgelegten Darmweges auf wenigstens 50 cm. Möglicherweise resp. wahrscheinlich ist dieser Vorgang ein stets nach der Gastroenterostomie eintretender. Dies zugegeben, kann man schließen, dass man zur Gastroenterostomie sehr wohl eine etwas längere, bezw. von der Plica weiter entfernte Jejunumschlinge wählen kann, also nach H.'s Rath 3 Handbreiten unterhalb der Plica, nicht, wie Petersen will, nur 3—10 cm davon entfernt. Es gelang K., seine Pat. durchzubringen. Der Verlust des Speisebreies wurde zunächst durch einen über die Wunde aufgesetzten Glastrichter verhindert,

welcher wasserdicht auf die umgebende Haut geklebt wurde. In der ersten Zeit stieg der Nahrungsbrei 1—2 cm hoch in diesen Trichter. Nach beginnender Wundschrumpfung wurde statt des Trichters ein aus Wattefasern mit Celluloidlösung in Aceton präparirter wasserdichter Wunddeckel applicirt. Endausgang völlige Heilung mit 20 Pfund Gewichtsgewinn.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

40) F. Franke. Ein seltener Fall von Magenresektion.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 229.)

Der F.'sche Fall interessirt besonders desshalb, weil er einen 79jährigen (!) Herren betrifft und dieser die ungewöhnlich komplicirte Operation vortrefflich überstand, obwohl die Rekonvalescenz durch eine Pneumonie mit sekundärem, Rippenresektion erforderndes Empyem, begleitet von hohem Fieber und hochgradiger Pulsfrequenz, komplicirt war. Die Geschwulst, durch trotz nur unbedeutender Klagen häufig geübte Palpation entdeckt, saß links unter den Rippen und erwies sich bei der Laparotomie als der kleinen Curvatur angehörig. Zunächst wurde nur gastroenterostomirt, dann aber, da der Kräftezustand das erlaubte, eine ausgedehnte Magenresektion mit Nahtverschluss von Magen und Duodenum hinzugefügt. Wegen verdächtigen, blassbläulichen Aussehens der Magenwand abwärts von der Anastomose wurde hier in großer Ausdehnung Netz aufgenäht Zwecks Blutzuführung durch letzteres, und da ferner der abführende Schenkel der zur Anastomose benutzten Darmschlinge stark geknickt erschien, wurden auch die beiden Darmschenkel der letzteren anastomosirt. Dann erst Bauchnaht etc. Von Interesse ist, dass die Geschwulst sich nach vorn übergekippt zeigte. Die Entstehung der postoperativen Pneumonie ist F., da sonstige veranlassende Momente für sie fehlen, durch Embolien zu erklären geneigt. Von Interesse ist, dass das Empyem bei dem Kranken durch die zunächst versuchte Punktion nebst Formalininjektion nicht beseitigt werden konnte (vgl. dieses Blatt 1901 p. 236: F. Franke, Über eine neue Behandlungsmethode des Leberechinococcus. Ref.). (Betreffs der seltenen Magenoperation im Greisenalter bemerke ich, dass ich an einer 76jährigen Pat. eine Pylorusresektion machte. Eingriff gut überstanden, doch Tod an Peritonitis in Folge von Nahtundichtigkeit. S. dieses Blatt 1890 p. 251. Ref.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

41) J. Saritschew. Fall von Darmsteinen.

(Jahresbericht der Moskauer chir. Ges. 1901. T. XX. Russisch.)

Die 68jährige Pat., welche seit Jahren an habitueller Verstopfung litt, erkrankte nach einem Diätfehler unter Ileussymptomen, denen sie am vierten Tage erlag. Bei der Sektion fanden sich im Dickdarm 35 größere und 10 kleinere Steine mit einem Gesammtgewicht von 710 g. Der größte Stein wog 34 g, war $6^1/_2$ cm lang, 6 cm breit und 3 cm dick. Die chemische Untersuchung ergab, dass die Steine aus kohlensaurem Kalk bestanden. Durch Nachforschungen bei den Angehörigen wurde festgestellt, dass die Kranke seit Jahren die Gewohnheit hatte, Kreide zu essen. Abgesehen von habitueller Verstopfung hatten die Steine keinerlei Symptome gemacht, und auch die letzte tödliche Erkrankung stand außer Zusammenhang mit ihnen; denn als Ursache des Ileus fand sich eine innere Einklemmung und Gangrän einer Dünndarmschlinge durch einen offenbar auf perimetritische Processe zurückzuführenden peritonitischen Strang. **P. Rathcke** (Berlin).

42) Batut. Invagination aigue et tuberculose intestinale latente. Péritonite. Laparotomie. Mort.

(Demonstration in der Société de chirurgie de Lyon. 20. Juni 1901.)
(Province méd. 1901. No. 27.)

Ein Dragoner erkrankt nach einem anstrengenden Ritt von 60 km mit heftigen Leibschmerzen, galligem Erbrechen, raschestem Verfall. Nach 2 Tagen Operation, bei welcher sich einige tuberkulöse Serosapartien finden. Wegen des Collapses

muss die Operation abgebrochen werden. Bei der Sektion findet sich, abgesehen von den tuberkulösen Geschwüren im Darm, innerhalb des Beckens, 80 cm vom Blinddarm ab, eine Invagination im brandigen Zustand, mitten im invaginirten Theil ein tiefes Geschwür mit harten Rändern, wahrscheinlich auch tuberkulöser Natur, keine allgemeine Peritonitis. **Herm. Frank** (Berlin).

43) **P. Cavaillon.** Sur un cas d'invagination intestinale subaiguë chez l'adulte.

(Province méd. 1901. No. 24.)

46jähriger Mann, welcher 3 Wochen vor der ärztlichen Beobachtung ziemlich gleichmäßige Leibschmerzen empfindet, dann noch 14 Tage in Beobachtung bleibt mit einer den Ort öfter wechselnden Geschwulst, anfallsweise auftretenden Schmerzen und Wechsel zwischen Diarrhöe und blutigem Stuhl. Bei der Operation zeigt sich an der Invagination betheiligt ein Theil des Ileum, Coecum, Colon ascendens, ungefähr die Hälfte des Colon transversum. Der Blinddarm zeigt einige der Tuberkulose verdächtige Knötchen auf der Serosa. Trotz des langen Bestehens der Einstülpung gelingt die Desinvagination ganz glatt und leicht. Nach einfacher Geradelegung des Darmes Heilung. **Herm. Frank** (Berlin).

44) **R. Caminiti** (Rom). Sull' occlusione intestinale da diverticolo di Meckel.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1900. No. 138.)

Mittheilung eines Falles von innerer Incarceration durch ein Meckel'sches Divertikel. 36jähriger Mann, der oft an Verdauungsbeschwerden gelitten, erkrankt an Verstopfung, Leibschmerzen, ganz besonderem Meteorismus. Kleine Geschwulst in der rechten Fossa iliaca. Am 7. Tage der Undurchgängigkeit Operation (im Bauernhause): Ein federkieldicker, derber Strang (Meckel'sches Divertikel) zieht von der freien Dünndarmwand — hier mit einem Mesenterium versehen (fornito di mesenterio) — zum Nabel. Durch diesen Strang und feste, flächenhafte Verklebung an der vorderen rechten Bauchwand war eine 40 cm lange Dünndarmschlinge eingeklemmt. Tod am 4. Tage p. op. — Zum Schlusse folgt eine sorgfältige kritische Studie über die bisher bekannten gleichen Fälle (46 mit 36 Todesfällen). (Ref. kann 2 von Gersuny operirte anfügen, wovon einer mit tödlichem Ausgang.) **J. Sternberg** (Wien).

45) **G. Tusini** (Pisa). Sopra una forma rara di echinococco dell' omento con disseminazione a tipo di pseudo-tubercolosi peritoneale.

(Clinica chir. 1900. No. 9.)

Ein Befund disseminirter Echinokokkenerkrankung des Bauchfelles, für den T. kein Analogon in der Litteratur gefunden hat. 51jährige Frau, von Ceci operirt. Enormer Ascites, Organgrenzen normal. Nach dem Abfluss der trüben, reichflockigen Flüssigkeit präsentirt sich eine Menge loser, theils lebender, theils todter Echinokokkenblasen. Die Flüssigkeit war umschlossen von einem Sacke der, Leber, Magen, das geschrumpfte Netz, die unter sich verwachsenen Därme, das Peritoneum parietale, die Geschlechtsorgane überziehend und verklebend, aus einem speckartigen Gewebe mit vielen kleinen, graugelben, zerreißlichen Fetzchen, wie käsiger Natur bestand. Flächenblutung bei der Ablösung. Tamponade. Heilung. Die histologische Untersuchung ergab, dass die auskleidende Membran keinerlei Charaktere des Parasiten zeigte, sondern nur die der chronischen Peritonitis. T. nimmt an, dass das Netz dem primären Sitz des Parasiten gedient hatte, und dass die Verbreitung auf dem Wege der Lymphbahnen erfolgt ist.

J. Sternberg (Wien).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König**, in Berlin, **E. Richter**, in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 46. **Sonnabend, den 16. November.** **1901.**

1) **A. Eulenburg.** Real-Encyklopädie der gesammten Heilkunde. 3. gänzlich umgearbeiteten Auflage. Bd. XXVI.

Wien, **Urban & Schwarzenberg**, 1901. 992 S.

Dieser letzte Band umfasst die Artikel Verstümmelung bis Zymose und enthält außerdem ein ungemein umfangreiches Generalregister.

Mit ihm liegt zum 3. Mal dieses große Sammelwerk vollendet vor, gegenüber der vorhergehenden Auflage in der That nicht nur an Umfang, sondern vor Allem auch an geistiger innerer Durcharbeitung zu einer Höhe emporgewachsen, die jedes ähnliche Werk des In- und Auslandes in den Schatten stellt, schon dadurch, dass es auch in dieser neuesten Auflage in dem kurzen Zeitraum von 7 Jahren erschienen ist, also durchaus die neuesten Erfahrungen und Lehren unserer Wissenschaft wiedergiebt. Dem Arzt ersetzt es eine Bibliothek, da es alle Abschnitte der Heilkunde einschließlich der

propädeutischen Disciplinen gleichmäßig berücksichtigt; es giebt ihm auch die Gelegenheit zu ausgedehnteren Studien durch reichliche Litteraturhinweise und in der Tüchtigkeit der Mitarbeiter gewährt es eine Garantie für den Werth der Einzelartikel, die selbst nicht selten volle Monographien über die behandelten Themen darstellen. Dass die medicinische Litteratur der ganzen gebildeten Welt benutzt wurde, braucht als selbstverständlich kaum hervorgehoben zu werden.

Damit die Besitzer der Encyklopädie über die weiteren Fortschritte unserer Wissenschaft auf dem Laufenden erhalten werden, sollen übrigens vom Jahre 1902 ab — wie schon nach der 2. Auflage — wieder Ergänzungsbände in dem Umfange von etwa 40 Bogen pro Jahr unter dem Titel »Encyklopädische Jahrbücher der gesammten Heilkunde, Neue Folge« erscheinen, wie früher mit alphabetischer Artikelfolge und wohl eben so brauchbar und fördernd wie die erste Reihe dieser Jahrbücher.

Die Ausstattung — auch durch Abbildungen — ist die anerkannt gute der Verleger.

Richter (Breslau).

---

2) **A. Jamain.** Manuel de petite chirurgie. 8. édition par Terrier et Peraire.

Paris, **F. Alcan,** 1901.

In dieser 8. vermehrten und verbesserten Auflage des J.'schen Handbuchs der kleinen Chirurgie liegt uns ein werthvolles Werk vor, dessen Reichhaltigkeit erstaunlich ist. Ausgehend von dem Wunsche, dem Praktiker einen brauchbaren Leitfaden an die Hand zu geben, aber auch dem Anfänger Gelegenheit zu bieten, theoretische Studien zu machen, haben die Verff. eine Fülle werthvoller Erfahrungen und Methoden zusammengetragen, und zwar aus allen Gebieten der chirurgischen und orthopädischen Technik. Das Werk ist über 1000 Seiten stark. In knapper, klarer Form finden wir ohne viel historische Einleitung in jedem einzelnen Kapitel Alles, was heut zu Tage für den chirurgischen Praktiker Gültigkeit hat. Der Text ist von fast 600 Textfiguren begleitet, die, wenn auch nicht durchweg schön, so doch sehr anschaulich sind und das Verständnis des Gesagten in vortrefflicher Weise unterstützen. Mit großem Fleiße sind die neuen Fortschritte berücksichtigt, überall aber blickt die Absicht durch, den möglichst einfachen Methoden, die sich ohne viel Kosten durchführen lassen, Geltung zu verschaffen, in so weit sie in ihrer Wirkung den luxuriösen Mitteln gleichwerthig sind. Durch ein gutes Inhaltsregister ist seine Verwendbarkeit als Nachschlagebuch gesichert. Die vorliegende neue Auflage ist durch eine Reihe neuer Kapitel zweckmäßig bereichert.

Ref. trägt kein Bedenken, es als ein hervorragend gut durchgearbeitetes, sehr brauchbares Handbuch der kleinen Chirurgie zu bezeichnen.

Schmieden (Bonn).

---

3) **Paul** und **Sarwey.** Experimentaluntersuchungen über Händedesinfektion.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 36—38.)

In Fortsetzung ihrer früheren werthvollen Versuche über Händedesinfektion, die auch mit einer Nachprüfung der von anderen Forschern empfohlenen Methoden einhergingen, sind Verff. zu dem Ergebnisse gelangt, dass es auch mit Hilfe sehr starker Bakteriengifte, wie des Sublimatäthyl- oder Sublimatmethylalkohols, des Sublimatacetons, der Quecksilbernitrat- oder Quecksilbersulfat-Acethylen-Diaminlösungen etc. nicht gelingt, die vorher in heißem Wasser mit Seife und Bürste gründlich mechanisch gereinigte Haut der Hände keimfrei zu machen. Am günstigsten noch erwies sich das Sublimataceton ($2^0/_{00}$) und der Sublimatmethylalkohol. **Kramer** (Glogau).

---

4) **J. M. T. Finney.** Anaesthetics in heart disease.

(Amer. journ. of the med. sciences 1901. August.)

5) **A. Stengel.** Cardiac accidents after anaesthetization.

(Ibid.)

6) **W. J. Mayo.** Pre-existing heart disease in reference to surgical operations.

(Ibid.)

7) **H. A. Hare.** The safest anaesthetic to use in organic diseases of the heart and vessels.

(Ibid.)

F. wirft die Frage auf, ob die so weit verbreitete Sorge vor einer allgemeinen Narkose bei organischen Erkrankungen des Herzens wirklich berechtigt ist, und sucht dieselbe auf Grund von 142 an Herzkranken ausgeführten Narkosen zu beantworten. Die Mehrzahl derselben war ätherisirt, die Minderzahl chloroformirt worden, fast alle hatten die Narkose sehr gut vertragen. Insbesondere vertragen Kranke mit Herzklappenfehlern die Narkose durchschnittlich sehr gut, während die Myokarditis besondere Vorsicht erheischt. Überhaupt kommt nach F. Alles auf die Technik der Narkose an; ob Äther oder Chloroform spielt dem gegenüber eine geringere Rolle. Jeder soll die Narkose üben, mit der er die größte Erfahrung hat (er selbst zieht den Äther vor), und der Ausbildung in der Technik des Narkotisirens sollte eine viel größere Sorgfalt zugewandt werden, als es bisher meist geschieht; denn die weitaus überwiegende Mehrzahl der Narkosentodesfälle kommen nicht auf Rechnung des Narkoticums, sondern des Narkotiseurs.

Auch S.'s Erfahrungen beziehen sich in der Hauptsache auf Äthernarkosen; seine Ansichten über die Nachwirkung des Anästheticums auf das Herz fasst er in folgenden Sätzen zusammen:

1) In allen Fällen von postoperativen Herzstörungen ist es schwer zu entscheiden, ob letztere auf das Anästheticum oder auf die Operation zurückzuführen sind.

2) In vielen Fällen von Herzkrankheit hat der Äther vorübergehend einen günstigen Einfluss auf den Zustand des Herzens. Trotzdem ist es nicht unwahrscheinlich, dass in manchen dieser Fälle sekundär ein ungünstiger Einfluss sich geltend macht, dessen Symptome erst nach einigen Tagen auftreten.

3) Von Wichtigkeit ist die Erkenntnis, dass gewisse Folgen von Operationen, wie basale Pneumonien, Magen-Darmstörungen und besonders Embolien, in Wirklichkeit Folgen von Herzschwäche und desshalb in ihrer Entstehung auf die Narkose oder den Chok der Operation zurückzuführen sind.

4) Die unangenehmen Wirkungen der Anästhetica sind wohl eher auf die Störung des nervösen Mechanismus oder der »Essential muscular automaticity«, als auf Veränderungen in Myokard, Endokard oder Perikard zu beziehen.

M. stimmt mit F. darin überein, dass gut kompensirte Herzklappenfehler keine Kontraindikation für die Narkose geben und dieselbe in der Regel von diesen Kranken sehr gut vertragen wird. Viel gefährlicher ist die Myokarditis, die, wenn deutlich ausgeprägt und diagnosticirbar, eine unbedingte Kontraindikation gegen alle Operationen giebt, zu denen nicht eine Indicatio vitalis zwingt. Leider sind die beginnenden Fälle von Myokarditis schwer oder gar nicht diagnosticirbar, und diese stellen das Hauptkontingent der plötzlichen Todesfälle während oder im Gefolge der Narkose.

Auch H. ist der Ansicht, dass Herzkranke im Allgemeinen die Narkose viel besser vertragen, als man denken sollte, und sehr selten üble Zufälle dabei vorkommen. Das beste Anästheticum für sie ist nach seiner Ansicht der Äther in Verbindung mit Sauerstoff, kontraindicirt nur bei Gefäßerkrankungen und erhöhter arterieller Spannung. Chloroform hält er bei Myokarditis für sehr gefährlich, Stickoxyd bei Gefäßdegeneration für durchaus kontraindicirt. Sein Urtheil über die spinale Anästhesie lautet, sie werde sehr bald zu den »medicinischen Kuriositäten« gehören. **R. v. Hippel** (Kassel).

---

8) **A. P. Beddard.** Some remarks on transfusion and venesection.

(Guy's Hospital reports. Vol. LV. London, **J. & A. Churchill,** 1901.)

Die ungemein ausführliche Arbeit, welche auf die physiologischen Verhältnisse eben so genau eingeht, wie auf die klinischen Beobachtungen und therapeutischen Forderungen, eignet sich nicht zum Referat und muss im Original nachgelesen werden.

R. v. Hippel (Kassel).



9) **Pilzer.** Zur Genese des Angioma cavernosum.

(Virchow's Archiv Bd. CLXV. p. 427.)

Verf. hat ein kavernöses Angiom vom Oberschenkel bei einem 14jährigen Kinde operirt und kommt auf Grund der histologischen Untersuchung dieser Geschwulst zur Aufstellung folgenden Satzes: Ein Kavernom entsteht dadurch, dass primär, nach Ruptur von Gefäßen, es zu freien Blutergüssen in das Gewebe kommt und dass sekundär von diesem Gewebe, als Reaktion auf den Reiz, die dem Hämatom zunächst liegende Bindegewebszellschicht sich in die vielfach besprochene Endothelwand verwandelt, mit dieser den Bluterguss von allen Seiten umgiebt und so eine Kaverne bildet.

Zum Schluss löst Verf. die ganze Angiomfrage auf eine einfache Weise. Er hält die einzelnen bisher getrennten Formen nicht für etwas Besonderes, sondern nur für verschiedene Stadien eines und desselben pathologischen Vorgangs; derselbe würde nach seiner Ansicht folgendermaßen vor sich gehen:

1) Der normale Blutdruck findet in Folge mangelhafter Elasticität der Gefäßwände und des Gewebes ungenügenden Gegendruck, weitet die Kapillaren und die kleinsten Gefäße aus — Teleangiektasie.

2) Durch Einwirkung eines Traumas oder durch fortgesetzte mechanische Irritation kommt es zur Berstung der stark gedehnten Gefäßwände und zu Blutaustritten ins Gewebe. Es tritt als neues Moment hinzu die Reaktion des Gewebes, die Wandbildung — Kavernom.

3) Der Blutdruck erweist sich als stärker als die Reaktionskraft des Gewebes. Durch fortgesetzten Zufluss neuer Blutmengen unterliegen die Interstitien starkem Druck, sie werden zu dünnen Septen und schwinden schließlich ganz. Der Endeffekt ist die Blutcyste.

Fertig (Göttingen).

---

10) **P. Schuster.** Über die häufigsten objektiven Symptome der traumatischen Neurosen.

(Fortschritte der Medicin 1901. No. 19 u. 20.)

Im Gegensatz zu den Neurosen engeren Begriffes, bei denen die Willkür des Untersuchten ausgeschlossen ist, sind objektive Symptome im weiteren Sinne solche, bei deren Feststellung der Arzt auf die Mitwirkung des Pat. angewiesen ist, und welche in ihrer Intensität von diesem beeinflusst werden können, wie z. B. Sensibilitätsuntersuchung, Feststellung der groben Kraft, Coordination u. A. Hiervon soll im Nachstehenden ausschließlich die Rede sein.

Die allgemeine Herabsetzung der psychischen Leistungsfähigkeit scheint sich nicht so leicht, als angenommen wurde, erweisen zu lassen. Der Widerstand seitens der Kranken ist hier (Lösung kleiner Rechenaufgaben, rasches Ermüden dabei) nicht ausgeschlossen.

Die einwandsfreie Feststellung der allgemeinen Adynamie erscheint schwierig.

Das Schwanken beim Augenschluss besteht in einem Taumeln des Kranken nach vor- oder rückwärts; auch hier kann der Kranke willkürlich eingreifen. Dagegen ist der flimmernde Tremor der Augenlider beim Lidschluss kaum nachzumachen. Von Seiten des Rumpfes kommt bei Aufregungen u. dgl. ein dem physiologischen Kältezittern ähnlicher Tremor vor.

An den Extremitäten, besonders den Armen, beobachtet man einen schon in der Ruhe event. schwach vorhandenen, bei Anstrengungen sich rasch steigernden und verbreitenden Tremor; eine zweite Form, ein grober Schütteltremor, in der Ruhe nicht vorhanden, tritt bei intendirten Bewegungen (Erheben des Armes, Hüftbeuge im Bette) ein, endet gewöhnlich nach einigen Minuten. Wiederholte Beobachtung nöthig.

Fibrilläre Muskelzuckungen sind entgegen den bei amyotrophischen Processen über ganze Muskelgebiete verbreitet und setzen sich von einem zum anderen Abschnitte fort; die gesteigerte, rein mechanische Muskelerregbarkeit betrifft besonders den Pectoralis, Deltoideus und Tibialis anticus.

Was die Objektivirung von Schmerzpunkten und Sensibilitätsstörungen anlangt, so käme besonders die Hyperästhesie an einer verletzten Extremität oder einem Extremitätenabschnitt in Betracht.

Durch Reizung von hyper- oder anästhetischen Stellen hervorgerufene Pulsbeschleunigung ist eben so wenig wie die hier in Betracht kommende sympathische Pupillenerweiterung einwandsfrei; auf die Gesichtsfeldeinschränkung wird weniger Werth gelegt als sonst.

Der Pupillarlichtreflex erscheint wichtig; weitere Zeichen sind Knie- und Achillessehnenreflexe; der Clonus, besonders der Fußclonus wird zu wenig gewürdigt; zuweilen wird der Patellarreflex über die gesammte Beinmuskulatur bezw. den ganzen Körper in Form intensiven Nachzitterns beobachtet. Von untergeordneter Bedeutung sind Haut- und Schleimhautreflexe. Kontrakturen eines oder beider Erectores trunci oder der gesammten Rückenmuskulatur kommen nach Traumen des Rückens ganz besonders in Betracht. Cirkulations- und vasomotorische Störungen von der leichtesten bis zur schwersten Form sind beachtenswerthe Symptome. Die alimentäre Glykosurie kommt auch bei anderen Neurosen vor.

Nur die wenigsten der genannten Symptome sind als objektiv unter allen Umständen zu bezeichnen; es wäre zu wünschen, dass in dieses verworrene Gebietsbild mehr Klarheit gebracht würde.

Kronacher (München).

---

11) **B. Grohé.** Die Bedeutung der elastischen Fasern bei pathologischen, speciell regenerativen Processen. (Aus der chir. Poliklinik zu Jena.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 40.)

Unter Hinweis auf die außerordentliche Bedeutung, welche dem elastischen Gewebe normalerweise im Bau und in der Funktion der Gefäße zukommt, bespricht G. das Verhalten der elastischen Fasern bei verschiedenen krankhaften Processen, und zwar zunächst die bei Entzündungen und bei Verletzungen der Gefäße, oft auch bei Phlebektasien, ferner in Hautnarben und bei den Heilungsvorgängen nach Hauttransplantationen auftretende Neubildung elastischer Fasern. Von seinen eigenen Untersuchungen, die ihn auch zum Nachweis elastischer Fasern im Granulationsgewebe führten, interessiren vor Allem die das Knochensystem betreffenden, welch letzteres in Bezug auf die Entwicklung elastischer Fasern bisher noch sehr wenig durchforscht worden ist. G. fand hierbei, indem er an jungen Kaninchen erzeugte Knochenbrüche in den verschiedenen Phasen der Knochenneubildung untersuchte, nicht nur in den äußeren, sondern auch im inneren Knochenmarkcallus feine, anscheinend junge regenerirte elastische Fasern, die bei letzterem nicht von versprengten Periosttheilen herrühren konnten, sondern, wie Verf. vermuthet, von den Gewebselementen der feinern Gefäße des Knochenmarks geliefert sein mussten.

Als Ergebnis seiner Untersuchungen über das Knochenwachsthum bezeichnet G., dass sich die elastischen Elemente besonders reichlich dort finden, wo eine Festigung und gewisse Stabilität der neuangeordneten Gewebstheile erwünscht erscheint, dass sie sich aber auch da zeigen, wo von derartigen Momenten keine Rede sei. Nähere Einzelheiten werden in einer ausführlichen Abhandlung mitgetheilt werden. Doch sei auch schon der vorliegende Bericht besonderem Studium empfohlen. **Kramer** (Glogau).

---

12) **Ziegler.** Über das mikroskopische Verhalten subkutaner Brüche langer Röhrenknochen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 201.)

Z. hat die feinere Histologie subkutaner Röhrenknochenbrüche an Versuchspräparaten von Tritonen und Meerschweinchen studirt. Als zweckmäßiges Entkalkungsmittel bewährte sich hierbei die schwefelige Säure. Bezüglich aller Details, eben so wie der angezogenen Litteratur ist auf das Original zu verweisen, hier nur folgende Inhaltsübersicht wiederzugeben: »Es stellt sich die Knochenheilung bei Röhrenknochen dar als eine Wucherung der inneren Schicht des Periosts, und nebenbei fast damit einhergehend und nur wenig geringgradiger, als eine Wucherung und Trübung der inneren Markschichten namentlich nahe der Corticalis und des Endothels der



Haversi'schen Kanäle, beide auf größere Entfernung vom Knochenbruch hin«. Gleichzeitig findet sowohl innen als außerhalb der Corticalis eine Ausscheidung von osteoider Substanz statt, die zu wirklichen Knochenbälkchen wird und die Räume umschließt, die ausgefüllt sind mit einem kernreichen Granulationsgewebe. Es sind das die primären Markräume. An anderen Stellen wurde eine Ausscheidung aus den Zellen von Knorpelsubstanz beobachtet. Diese neugebildete Knorpelsubstanz verknöchert später direkt und bildet spongiösen Knochen, worauf sich dann Resorptionsprocesse einleiten, bis schließlich der den Markraum und die Grenzen des ursprünglichen Knochens überschreitende Callus die Form des ursprünglichen Knochens wieder annimmt. 7 sehr gute, kolorirte Abbildungen geben mikroskopische Präparate unter verschiedenen Vergrößerungen wieder.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

13) Laboratoire de la clinique chirurgicale d'Ollier: Etude comparative, de la stucture du périoste humaine détaché par les différents procédés de résection dite sous-périostée.

(Province méd. 1901. No. 22.)

Zur histologischen Untersuchung wurde das Periost an der vorderen inneren Fläche des Schienbeins in der Nähe der oberen Epiphyse von Individuen im Alter von 2 Monaten, 5, 8 und 55 Jahren benutzt, welches 1) mittels stumpfen Instrumentes (Scalpellstiel, Elevatorium), 2) Messers und 3) mit der schneidenden Knochenschabe (Ollier'sche Rugine) entnommen war. Es kam darauf an, mit den neueren verfeinerten Untersuchungsmethoden die älteren Ollier-schen Lehrmeinungen über die bei der Knochenneubildung im Gefolge subperiostaler Operationen wirklich wirksamen Periostbestandtheile nachzuprüfen. Es ergab sich, dass bei der stumpfen Abhebelung das Periost natürlich am meisten zerrissen wird und im Zusammenhang leidet. Es bleiben fast nur die äußeren faserelastischen Schichten, dagegen fehlt fast jedes knochenbildende Element. Nur bei ganz jungen Individuen, wo die subperiostalen Medullarräume größer und zahlreicher sind, und eine Abspaltung desswegen leichter zu Stande kommt, bleiben einige Medullarbestandtheile und Zellen der knochenbildenden Schicht eher daran hängen. Das mit scharfem Instrument abgetragene Periost leidet weniger und kann, wenn das Messer scharf der Knochenbegrenzung folgt, selbst zahlreichere und unversehrte knochenbildende Schichtelemente noch an sich tragen. Die Ollier'sche schneidende Knochenschabe schont das Periost in seiner allgemeinen Struktur am meisten, die Gefäßvertheilung der äußeren Schicht wird nicht gestört, die innere Schicht führt ihre beiden knochenbildenden Elemente, die osteogene Lage, welche nur bei ganz jungen Individuen sich darstellen lässt, und die Knochenlamellen, welche auf das innigste mit der tiefen Periostschicht verbunden und nur unter dieser Bedingung lebensfähig sind. Nur die

Anwendung der Ollier'schen Knochenschabe gewährleistet also die Erhaltung der Elemente, an welche das Knochennachwachsen gebunden ist und worauf die subperiostale Methode hinausläuft. »Die Knochenplättchen (lamelles osseuses) haben die große Bedeutung, die knochenbildende Schicht, deren Lebensfähigkeit durch die Wundentzündung in Frage gestellt sein kann, zu schützen, mögen sie nun sich aufpfropfen oder untergehen; im letzteren Falle lösen sie sich erst ab, nachdem sie den knochenbildenden Elementen Zeit zur Fortentwicklung gelassen haben (Ollier).« **Herm. Frank** (Berlin).

---

14) **L. Heusner** (Barmen). Über Osteoklase und Osteoklasten.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 38.)

H. giebt in dem Vortrage einen Überblick über die zur Beseitigung von Knochendeformitäten, besonders des Genu valgum und Klumpfußes, früher üblich gewesenen und die gegenwärtig benutzten Osteoklasten, deren Anwendungsweise durch gute Abbildungen erläutert wird. Er selbst gebraucht zur Ostoklase bei schweren Fällen von Genu valgum jüngerer Individuen ein von ihm konstruirtes Instrument, das ausführlich beschrieben wird und sehr zweckmäßig erscheint (s. Original). Auch bei anderen Deformitäten lässt es sich verwenden. Für das Redressement des Klump- und des Hohlfußes zum Fassen des Fußes wird gleichfalls ein neues Instrument, ein Ringhebel, empfohlen. **Kramer** (Glogau).

---

15) **A. v. Hints.** Über die isolirte Zerreißung der Hilfsbänder der Gelenke mit Anschluss eines Falles von Ruptur des Ligamentum genu collaterale fibulare.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIV. Hft. 4.)

Bei Ruptur der Hilfsbänder kann die gleichzeitige Verrenkung so zu sagen mit Sicherheit angenommen werden. Umgekehrt ist jedoch die Ruptur der Hilfsbänder keine absolut nothwendige Bedingung für das Zustandekommen einer Verrenkung. Bei einzelnen Gelenken kann eine solche bloß durch Zerreißung der Kapsel, ausnahmsweise auch ohne diese zu Stande kommen. Die Zerreißung der Hilfsbänder ist meistens durch eine so große Gewalt verursacht, dass auch die Gelenkenden aus ihrer Beziehung zu einander heraustreten. In Folge dessen sind isolirte Hilfsbänderzerreißungen sehr selten. Die Gesammtzahl einschlägiger Fälle, die Verf. sehr sorgsam aus der Litteratur zusammenstellen konnte, ist mit Berücksichtigung aller Gelenke außer der Symphyse eine verhältnismäßig recht geringe, im Ganzen 47. Dabei waren in 13 Fällen sämmtliche Gelenkbänder, in 34 je eins oder mehrere zerrissen. Am häufigsten ist dabei das Kniegelenk betheiligt. An diesem sind wiederum am seltensten die Zerreißungen des äußeren Hilfbandes. H. konnte nur 2 derartige Fälle verzeichnet findet, zu denen er eine eigene Beobachtung hinzugefügt, die ausführlich geschildert wird.

Zu genauerem Studium der Symptome dieser Verletzung wurden Leichenversuche vorgenommen, deren Einzelheiten die Diagnose des Verf. auf eine ausschließliche Zerreißung des äußeren Bandes in seinen beiden Portionen nur bestätigen konnten. Trotzdem übrigens eine völlige Verheilung dieses Seitenbandes nicht eintrat, war das schließliche funktionelle Resultat ein günstiges, weil die durch die Läsion verursachte geringe Neigung zur Adduktion, welche sich in Extensionsstellung der unteren Extremität des Individuums passiv erzeugen lässt, durch andere mechanische, theilweise physiologische Faktoren paralysirt wurde. Diese Faktoren sind einmal der Luftdruck und dann die Wirkung einzelner Muskeln des Oberschenkels besonders durch die Vermittlung des Tractus ileotibialis fasciae latae. Ferner kommt dazu, dass das Ligamentum collaterale fibulare durch andere Gelenkbänder ersetzt werden kann, und dass statische Verhältnisse im Bau des Organismus auch bei Ruptur dieses Bandes für Aufrechterhaltung eines normalen Ganges sorgen. Verf. bestreitet auch, dass bei Verrenkungen des Kniegelenks, wenigstens was das äußere Seitenband anlangt, selbst nach erfolgter Heilung eines Risses in demselben eine Neigung des Kniegelenks zurückbliebe, gegen die Seite dieses zerrissenen Seitenbandes umzuschlagen. Der Entstehungsmechanismus der vorliegenden Verletzung, ihre geringere Häufigkeit gegenüber dem inneren Bänderriss finden eine eingehendere Besprechung.

Für die Differentialdiagnose kommt eigentlich nur noch die Fraktur des Capitulum fibulae in Betracht. Nervenverletzung, d. i. Zerreißung oder Dehnung des N. peroneus, kann bei beiden Verletzungen vorkommen, so dass allein die Beweglichkeit oder Unverschieblichkeit des Capitulum fibulae entscheidend ist. Die Therapie besteht in einer Fixirung in Strecklage des Knies.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

16) **Van Hassel.** Du traitement des traumatismes articulaires.

(Journ. de chir. et ann. de la soc. belge de chir. 1901. No. 6.)

Die Gelenktraumen werden vom Verf. in Kontusionen ohne Hautverletzung, Gelenkwunden und in konstitutionelle nach Verletzungen auftretende Gelenkentzündungen eingetheilt.

An der Hand statistischer Erhebungen unter den Invaliden verschiedener Steinkohlenwerke konnte er nachweisen, dass die Verletzungen der ersten Gruppe den größten Procentsatz dauernd Arbeitsunfähiger lieferten. Bei gewissen Symptomen der hierhergehörigen nach Kontusionen auftretenden Gelenkentzündungen, wie beim chronischen Gelenkhydrops, bei interartikulären Blutergüssen und chronischen Synovititiden ist er ein Gegner der abwartenden Behandlung. Er empfiehlt die aseptische Punktion und die Ausspülung des Gelenkes mit heißer Borlösung oder indifferenten Lösungen. Kam er mit mehrfachen Punktionen nicht zum Ziele, oder verrieth die Farbe der sich entleerenden Flüssigkeit die Anwesenheit von Blutgerinnseln, so griff

er zur seitlichen Gelenkincision und Gelenkauswaschung. Dieses Verfahren machte sich namentlich oft am Knie nothwendig. Bei chronischen Synovititiden genügten Punktion und Gelenkausspülung meist nicht. Hier bewährte sich die Injektion der von Schede empfohlenen 5%igen Karbollösung. Für den Nothfall blieb noch die Arthrotomie, gegebenen Falls mit anschließender Synovektomie und Gelenkdrainage. Mit allen diesen Eingriffen darf man nicht zögern, da der abnorme Gelenkinhalt zur Erschlaffung der über ihre Elasticitätsgrenze gespannten Synovialis und der Gelenkbänder führt, und hierdurch der Bildung der unheilvollen Subluxationen Vorschub geleistet wird.

Von den Komplikationen ernsterer Art, die bei Kontusionen mit einfacher Verrenkung auftreten können, macht ein fortbestehender Kapselriss, der bei der geringsten Anstrengung ein Wiederauftreten der Verrenkung zulässt, eine leichte Anfrischung und die Naht der Synovialis nöthig. Bei veralteten, nicht reponirten Verrenkungen mit meist schon bestehender fibröser theilweiser Ankylose und Atrophie der periartikulären Muskeln muss man zur Tenotomie oder Myotomie, gewöhnlich aber zur Arthrotomie oder Arthrektomie schreiten.

Weiterhin werden die mit Sehnenzerreißung einhergehenden Kontusionen besprochen. Verf. berichtet über 2 Fälle, bei denen die Tricepssehne subkutan unterhalb der Kniescheibe zerrissen war. In beiden wurde das Kniegelenk durch einen nach unten konvexen Schnitt eröffnet, von den vorhandenen Blutgerinnseln durch Ausspülung mit heißer Sublimatlösung befreit, und die Sehnennaht ausgeführt. Die Haut wurde, ohne dass man drainirte, geschlossen. In beiden Fällen trat völlige Heilung ein.

Bei den mit Fraktur der Knochenenden und mit Verrenkung verbundenen Gelenkkontusionen ist zunächst die Verrenkung zu korrigiren. Dann erst hat man die Knochenfragmente in die richtige Stellung zu bringen. In der weiteren Behandlung schließt sich Verf. den Forderungen Caldwell's an, nach denen die Erhaltung der Gelenkfunktion die Therapie beherrschen muss. Sind die Bruchstücke nicht zu sehr verschoben, so ist eine Immobilisation auszuschließen. Vor Allem darf man das Ellbogengelenk bei Gelenkbrüchen niemals ruhigstellen. Der Arm ist rechtwinklig gebeugt in einen leichten Verband zu legen. Schon am 4. Tage muss man mit Bewegungen und Massage beginnen. Bei diesen Traumen sind ferner alle die Momente gegeben, die nach den Untersuchungen von Phelps die Bildung einer Ankylose und Muskelatrophie begünstigen können: intraartikuläre Verletzung und ein pathologischer Zustand, der der definitiven Gelenkverödung Vorschub leistet. Da nach Phelps die Ruhigstellung eines Gelenkes verbunden mit andauerndem intraartikulären Druck zur Zerstörung der knöchernen Gelenkenden und der Gelenkhöhle führt, so ist das Gelenk von seinem pathologischen Inhalt zu befreien. Bildet sich doch trotz aller Vorsicht eine Ankylose aus, so ist man zur Arthrotomie oder Arthrektomie gezwungen.

*

Bei den penetrirenden Gelenkwunden, die der zweiten Gruppe der Gelenktraumen angehören, ist man in seinen Resultaten abhängig von der während der ersten Tage eingeschlagenen Behandlung. Peinlichste Desinfektion, reichliche Irrigation und nachfolgender feuchter Verband sind hier am Platze. Bei eingetretener Eiterung ist die sicherste Therapie die rechtzeitige Arthrotomie, die das Gelenk völlig eröffnet und eine absolute Reinigung gestattet. Hierauf hat Irrigation mit Sublimat- oder Formalinlösung und Drainage zu folgen. Alle 2—3 Tage müssen die Gelenke ausgewaschen werden. Später können zur Irrigation indifferente Lösungen verwerthet werden. Erkrankt die Synovialis mit, so treten die Ausschabung oder die Synovektomie in ihr Recht. Wird auch das Knochenmark mit ergriffen, so macht sich die Resektion nöthig.

Bei ausgedehnten Gelenkwunden ist stets die Arthrotomie vorzunehmen. Das Gelenk wird durch Auswaschen mit heißer Sublimat- oder Formalinlösung von Blutgerinnseln und Fremdkörpern befreit. Nach einigen Tagen oder bei eingetretener Infektion etwas später, leisten nach den Erfahrungen des Verf.s Ausspülungen mit Wasser, das mit Sauerstoff gesättigt ist, gute Dienste. Ist die Infektion nicht mehr zu fürchten, so kann an Stelle des Sauerstoffwassers eine indifferente Lösung treten.

In der Behandlung der mit Knochenverletzungen einhergehenden Gelenkwunden ist Verf. Anhänger der besonders von Reclus empfohlenen konservativen Methode. Die Punkte, auf die er der Reihe nach achtet, fasst er folgendermaßen zusammen. Es kommen in Betracht

1) der Allgemeinzustand des Verletzten,

2) Reinigung und Desinfektion des Wundgebietes.

(Bei der Ausspülung zieht er auch hier heiße Sublimat- oder besser $1^0/_{00}$ige Formalinlösung vor.)

3) Reposition und Naht der Knochenfragmente,

4) sorgfältige Naht der Gewebstheile, deren Erhaltung und Aneinanderheilung möglich erscheint,

5) Sehnen- und Nervennaht,

6) Anlage eines feuchten Formalingazeverbandes, der mit einem undurchlässigen Stoff gedeckt wird,

7) Desinfektion mit Sauerstoffwasser, wenn sich Nekrosen bilden,

8) Anwendung indifferenter Spülflüssigkeiten, wenn keine Infektion mehr zu fürchten ist.

Finden sich in der Umgebung der Wunde ausgedehnte, durch stumpfe Gewalteinwirkung erzeugte subkutane Gewebsschädigungen, so ist zunächst ebenfalls die konservative Behandlung unter Injektionen von Sauerstoffwasser am Platze. Doch darf man die Amputation, wenn sie nöthig erscheint, nicht hinausschieben.

Von großer Bedeutung für die spätere Funktionsfähigkeit ist namentlich an den Fingern die Nachbehandlung der Gelenktraumen. Der verletzte Finger ist so bald wie nur irgend möglich zu mobili-

siren. Verletzungen des Daumens sind unter allen Umständen konservativ zu behandeln. Für die wichtige Oppositionsbewegung ist auch ein Stumpf noch werthvoll. Auch bei den anderen Fingern ist die Ankylose der beiden Endphalangen nicht so verhängnisvoll wie die der Metacarpophalangealgelenke. Letztere bewirkt eben so wie die Ankylose zwischen Grund- und Mittelphalange völlige funktionelle Impotenz. Der Verlust des Zeigefingers oder des kleinen Fingers schädigt die Gebrauchsfähigkeit der Hand nicht wesentlich. Stark wird sie jedoch durch den gleichzeitigen Verlust dieser beiden Finger herabgesetzt. Sieht man am Mittel- oder Ringfinger die Ankylose der Metacarpophalangealgelenke voraus, so ist die sofortige Amputation vorzuziehen.

Von den Gelenkerkrankungen der dritten Gruppe registrirt Verf. 3 Fälle, bei denen Lues die Heilung der Wunde ungünstig beeinflusste. Im Anschluss an das Trauma bildeten sich perisynoviale gummöse Herde und syphilitische Periostititen, wie man sie in der Tertiärperiode der Lues auch ohne vorausgehende Verletzung auftreten sieht. So entwickelte sich nach einer heftigen, aber ohne Hautverletzung einhergehenden Kontusion des Ellbogengelenks eine Schwellung der Weichtheile, Hypertrophie der Kondylen und des Olekranon, eine Arthritis mit partieller Ankylose und schließlich eine entzündliche Veränderung der umgebenden Weichtheile mit bläulicher Verfärbung. Das anscheinend nicht mitverletzte Radiusköpfchen blieb unversehrt. Die Erscheinungen, die unter starken Schmerzen verliefen, gingen auf die specifische Behandlung prompt zurück, so dass Pat. nach 5 Monaten wieder arbeitsfähig wurde.

Neue Gesichtspunkte über die Beziehungen zwischen Trauma und tuberkulöser Gelenkerkrankung stellt Verf. nicht auf. Auch in seinen Fällen ging fast jeder Gelenktuberkulose ein Trauma voraus. Laboratoriumsversuche haben bekanntlich die Annahme, dass das Trauma zur Gelenktuberkulose im Verhältnis wie Ursache zur Wirkung stehe, nicht bestätigen können (Friedrich). Nach einigen Autoren (Lagrange, Dollinger) spielt die Heredität eine Rolle. Was die Behandlung anbetrifft, so schließt sich Verf. den namentlich von Ollier aufgestellten präcisen Indikationen für die Gelenkresektion an. Man darf nicht reseciren, wenn das Knochenwachsthum noch nicht abgeschlossen ist und bei bösartiger sich rasch verbreitender zur Kachexie führender Gelenktuberkulose. Eiter ist durch breite Gelenkeröffnung abzulassen. Calot meint allerdings, dass durch diesen Eingriff eine Mischinfektion begünstigt werde. Er empfiehlt daher die Aspiration des Eiters mit Spritzen und eine konservative Therapie, neben der Allgemeinbehandlung besonders Injektionen von Kamphernaphthol in die Gelenke. Im Gegensatz zu Lannelongue, der annimmt, dass nach Gelenktraumen die Tuberkulose primär im Knochen, und zwar in der Epiphyse auftritt, machte Verf. die Erfahrung, dass die Synovialis hochgradig zerstört sein kann, ohne dass sich im Knochen tuberkulöse Herde finden.

Eine Resektion war in derartigen Fällen nie nothwendig. Ob man bei Gelenktuberkulosen konservativ behandeln oder eingreifen soll, muss von Fall zu Fall entschieden werden. Kommt man mit der abwartenden Behandlung nicht zum Ziele, so bleiben noch die Arthrotomie, Arthrektomie, Resektion und Amputation übrig. Die Resektion ist namentlich indicirt bei Subluxationen und Kontrakturen, wie sie besonders am Kniegelenk vorkommen. An einer Reihe von Fällen sucht Verf. die Art seiner Indikationsstellung bei der Behandlung darzuthun.

Läwen (Leipzig).

---

17) **Blecher.** Über den Einfluss der künstlichen Blutstauung auf Gelenksteifigkeiten nach Traumen und längerer Immobilisation.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 250.)

B. beobachtete als Assistent der Bier'schen Klinik zuerst zufällig an einem Kranken, bei dem zur Behandlung einer Oberarmpseudarthrose an der Schulter eine Blutstauungsbinde angelegt war, eine auffällige Besserung der Beweglichkeit in dem durch längere Immobilisation arg versteiften Schultergelenke. Dieser Erfolg führte zu einer methodischen Erprobung der Blutstauung in ihrer Wirkung auf die Beweglichkeit von Gelenken, die theils durch längere Immobilisirung wegen Knochenbrüchen theils durch Traumen nebst Blutergüssen steif geworden waren (im Ganzen 18 Fälle), und es hat sich gezeigt, dass die günstige Wirkung der Stauung auf diese Zustände eine regelmäßige ist. B. erklärt diese günstige Wirkung durch das im Gefolge der Stauung regelmäßig an allen Weichtheilen der Gelenke eintretende Ödem. Die seröse Durchtränkung, die die Gelenkkapseln nebst den accessorischen Band-, Sehnen- und Fascienmassen erfahren, machen diese Theile in ähnlicher Weise geschmeidiger und biegsamer, wie etwa auch Holz, Leder etc. es durch Aufweichen im Wasser werden. Liegen intraartikuläre Blutergüsse vor, so ist an Vermehrung der Synovia durch das künstliche Ödem zu denken, das verdünnend und auflösend auf die Blutmengen wirkt. Die nach der periodisch zu unterbrechenden Stauung einsetzende Resorption des Ödems schwemmt dann den Gelenkinhalt rascher, als es ohne diese Behandlung geschähe, hinweg. Der Resorptionsvorgang während der Pausen der Blutstauung wird zweckmäßig durch eine geeignete Massage unterstützt. Überhaupt wird man sich bei Behandlung der fraglichen Gelenksteifigkeiten nicht auf die Stauung allein beschränken, sondern wird natürlich auch die mechanische Behandlung durch aktive und passive, bezw. maschinelle Bewegung für die Mobilisation ausnutzen. Oft wird schon die alltägliche Benutzung der nicht mehr fixirten Glieder zum Gehen bezw. zu den gewöhnlichen Hantirungen hierfür genügen. Auch die Heißluftbehandlung kann mit der Stauung kombinirt werden, deren Erfolg

in den behandelten Fällen aus den beigefügten kurzen Krankengeschichten ersichtlich ist. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

18) A. Schanz. Was sind und wie entstehen statische Deformitäten?

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIV. Hft. 4.)

S. definirt die statischen Belastungsdeformitäten als krankhafte Formveränderungen des Traggerüstes des Körpers, welche durch statische Inanspruchnahme desselben über seine statische Leistungsfähigkeit entstehen. Er findet es merkwürdig, dass wir über die Frage der Entwicklung derselben noch nicht Einigkeit erzielt haben, da ganz einfache mechanische Vorgänge zu Grunde liegen, welche im lebenden Organismus genau nach denselben Gesetzen stattfinden wie an todtem Material. Verf. unterscheidet bei den statischen Belastungsdeformitäten zweierlei Erscheinungen, die einen als Ergebnisse rein mechanischer Einwirkung der Überlastung, die anderen als Reaktionserscheinungen des lebenden Organismus auf die durch die mechanischen Vorgänge entstehenden Veränderungen. In einer Reihe relativ einfacher Berechnungen stellt Verf. die wichtigsten mechanischen Gesetze dar, nach welchen die beschriebenen Deformitäten erfolgen. Zeichnungen erläutern die theoretischen Erwägungen. Die wichtigste Reaktionserscheinung, mit welcher der lebende Organismus den mechanischen Vorgang der statischen Überlastungsverbiegung begleitet, ist die Verschiebung der Biegsamkeitsgrenze, welche der fortschreitenden Verbiegung entspricht und die es ja nur ermöglicht, dass die Verbiegung beliebig hohe Grade annimmt, ohne dass es zu einem Bruche kommt. Ferner zeigt der Körper auch Bestrebungen, dem deformirenden Process Einhalt zu thun. So findet man an skoliotischen Wirbelsäulen Knochenauflagerungen, exostosenartige Auswüchse, die aus kompakter Knochensubstanz bestehen und die immer in der Konkavität liegen. Auch Kyphosen, besonders die senilen, weisen ähnliche Bildungen auf, welche die beschriebene Neigung des Organismus klarlegen. Ganz besonders zeigt aber das rachitische Skelett, dass die Natur jene Aufgabe so löst wie der Techniker es thun würde, in der Säbelscheidenform der Knochen der unteren Extremitäten. Querschnitte, auf der Höhe der Krümmung angelegt, ergeben eine ovoide oder ovaläre Figur, deren längster Durchmesser in der Richtung des Ausschlags der Verbiegung liegt, was Verf. schon auf Grund seiner Berechnungen erwarten muss. Eine weitere Reaktionsfähigkeit gegen statische Belastungsveränderungen besitzt der Organismus noch in der Möglichkeit, die Gelenkhilfsbänder zu verstärken, von der aber kein so ausgiebiger Gebrauch gemacht wird wie von der Apposition des knöchernen Materials.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

19) **W. Stempel.** Das Malum coxae senile als Berufskrankheit und in seinen Beziehungen zur socialen Gesetzgebung (Unfall- und Invaliditätsversicherungsgesetz).

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 264.)

S. ist als Vertrauensarzt der Alters- und Invaliditätsversicherungsanstalt für die Provinz Schlesien binnen weniger Jahre 58mal in der Lage gewesen, bei Untersuchung von Rentenkandidaten das Malum coxae senile zu diagnosticiren und mit nur einer 2maligen Ausnahme den Pat. die Rente zuzubilligen. Dabei war von den voruntersuchenden praktischen Ärzten die richtige Diagnose (4 Fälle ausgenommen) verfehlt, und zeigte sich ferner die auffallende Thatsache, dass von den Untersuchten mindestens 49 dem Stande der landwirthschaftlichen Berufsarbeiter angehörten. Die aus diesen Daten erhellende hohe praktische Wichtigkeit des Leidens hat S. zu einer eingehenden Arbeit über dasselbe veranlasst.

Nach einer Umschau in der Litteratur der Krankheit, über welche seit längerer Zeit wenig veröffentlicht ist, theilt er seine Journalnotizen über die eigenen sorgfältig untersuchten und gebuchten Fälle mit, um dann in die allgemeine klinische Besprechung einzugehen. Die Bevorzugung der ländlichen Arbeiter durch die Krankheit ist durch die schwere Arbeit bei allen Wetterunbilden zu erklären, die gerade diese Arbeiterklasse schon von früher Kindheit an bei oft mangelhafter socialer und hygienischer Subsistenz zu leisten hat. Doch verfügt S. auch über Fälle, in denen längere oder kürzere Zeit nach einem einmaligen schweren Unfall die Krankheit aufgetreten oder, wenn schon vorhanden, doch intensiv verschlimmert ist, was für die Unfallversicherung von Wichtigkeit. Der Beginn des Leidens fällt auf die Altersstufen der beginnenden senilen Involution, also vereinzelt auf Mitte bezw. Ende der vierziger, gewöhnlich auf die 50iger und 60iger Jahre. In S.'s Material sind 56,9% Männer und 43% Weiber vertreten. Eigene anatomische Untersuchungen stehen S. nicht zur Verfügung, doch hält er für sicher, dass zunächst die Gelenkknorpel des Oberschenkelkopfes und der Pfanne an den Stellen des stärksten Druckes erkranken, auffasern, sich zerklüften und zerstört werden. Es folgt Wucherung und Verdickung des Knochens und der periartikulären Weichtheile, eine Art narbiger Schrumpfung der Kapsel und der fibrösen Verstärkungsbänder, die zu mehr oder weniger starker, aber dauernder Gelenksteifigkeit führt. Dazu gesellt sich Knochenabschliff der knorpelentblößten Gelenkenden, doch nie in dem Grade wie bei Arthritis deformans. Klinisch ist vor Allem die anhaltende, fallweise verschiedengradige Schmerzhaftigkeit des Gelenkes, so wie auch des Kreuzes, des Gesäßes, auch des Oberschenkels zu erwähnen, bei deren Besprechung S. auf die Anatomie der Hüftgelenksnervenversorgung etwas näher eingeht. Sie bedingt große Schwäche, Unbeholfenheit und Schwerfälligkeit der Extremität, steigert sich durch

Bewegungen wie auch durch Witterungswechsel, namentlich Abkühlung. Objektiv findet man, der Weichtheilschwellung entsprechend, eine Hervorwölbung der Weichtheile um das Gelenk, knochenharte Auftreibungen der Gelenkenden, die druckempfindlich sind. Der große Trochanter wird deutlich verdickt gefunden, und hat der krankhafte Vorgang des Knochenabschliffes größere Grade erreicht, so rückt er, eine reelle Beinverkürzung beweisend, bis zu 4 cm über die Roser-Nélaton'sche Linie hinauf. Bei Prüfung der Beweglichkeit, die besonders exakt und thunlichst am völlig entkleideten Pat. vorzunehmen ist, findet sich am frühesten eine Einschränkung der Rotation, sehr bald dann der Beugung, so wie auch Ab- und Adduktion, ferner Schmerzhaftigkeit der Bewegungen. Die nothleidende Hüftbeweglichkeit führt frühzeitig zur Mitbewegung des Beckens bei jenen Bewegungen, wozu sich Beugekontrakturen nebst Beckensenkung und sekundärer Lendenlordose gesellen. Der Gang wird höchst unbeholfen, bei beiderseitiger Affektion manchmal ähnlich demjenigen bei »spastischer Spinalparalyse«, die Körperhaltung steif und oft auf die gesunde, aber auch auf die kranke Seite schief geneigt. Eine spätere Folge ist Muskelatrophie der Beine, besonders der Oberschenkel. In 26% von S.'s Fällen befiel die Krankheit beide Beine, doch niemals zu gleicher Zeit. Da gleichzeitig andere Gelenke nur ausnahmsweise befallen waren, sieht S. das Leiden als ein eigenartiges der Hüfte an, dass sich von der Arthritis deformans insbesondere dadurch unterscheidet, dass letztere durch Kapselausweitungen zum Schlottergelenk führt, während das Malum senile zur Gelenkverödung neigt. Mit der Arthritis deformans wurde die Krankheit von S.'s Voruntersuchern häufig verwechselt, häufig (17mal) wurde auch Ischias fälschlich diagnosticirt, eben so wie Rheumatismus etc. Die Prognose ist quoad vitam gut, quoad sanationem absolut ungünstig, da die einmal begonnene Krankheit unaufhaltsam fortschreitet, wenn auch in nicht immer gleicher, manchmal sehr geringer Schnelligkeit. Demgemäß kann auch die Therapie nur Palliatives leisten, während die Invalidisirung im Allgemeinen schon frühzeitig zu erfolgen hat, um Verschlimmerungen durch Anstrengungen bei der Arbeit hintanzuhalten. Seltener als seitens der Alters- und Invalidenversicherung wird seitens der Unfallversicherung ein Entschädigungsanspruch der Erkrankten vorfallen, doch unter Umständen mit Fug und Recht anzuerkennen sein.

Zum Schluss der Arbeit ist ein 141 Nummern zählendes Litteraturverzeichnis angefügt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

20) **Auler.** Über extrasynoviale Kapselplastik und andere plastische Operationen am Kniegelenk.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 540.)

Das fragliche Operationsverfahren stammt von Bardenheuer und ist von diesem selbst bereits auf der Naturforscherversammlung in Aachen 1900 publicirt (cf. dieses Blatt 1900 p. 1027 »Über

Kapselverengerung bei Gelenksaffektionen«). Bei Schlotterknie, habitueller Kniescheibenverrenkung nach außen, Genu valgum, Kapselerschlaffung nach arthritischen Processen und traumatischem Hydrops kommt es zur Indikation. In dem citirten Referat im vorigen Jahrgang dieses Blattes ist bereits das Wesentliche der Operationstechnik mitgetheilt. A. liefert in seiner Arbeit eine eingehendere Beschreibung und publicirt die bislang von Bardenheuer mit der Operation behandelten Fälle — an Zahl 21. Die erzielten Resultate sind fast durchweg sehr gut.

Es handelt sich durchgehends um eine künstliche Verengerung der inneren Kniegelenkshöhlenhälfte, außerdem aber um Maßnahmen, um die Zugwirkung des Quadriceps an der Kniescheibe mehr medianwärts zu legen und die Wirkung des Vastus int. dem Vastus ext. gegenüber zu verstärken. Sämmtliche an der Aponeurose, der fibrösen Gelenkkapsel, der Quadricepssehne und dem Lig. patell. inf. hierzu erforderlichen Incisionen und Vernähungen lassen sich völlig extrasynovial ausführen. Der bogenförmige Hautschnitt beginnt ca. 2—3 cm oberhalb der Kniescheibe am Außenrand der Quadricepssehne, geht quer über diese, dann entlang dem medialen Kniescheibenrande aber 1 cm von ihm entfernt nach unten und über das Lig. patell. wieder nach außen; er ist also nach innen und hinten konvex halbmondförmig. Nach Durchtrennung der Aponeurose liegt die Capsula fibrosa frei. Auch sie wird gespalten, die Synovialis zurückgeschoben. Nachdem dies geschehen, wird die Quadricepssehne bis auf etwa $^3/_4$ ihrer Breite quer durchtrennt. Die entstandenen Sehnenzipfel werden so wieder zusammengenäht, dass die hintere Fäche des oberen Zipfels die vordere des unteren etwa um 1 cm am inneren Rande überragt. Der hintere Wundrand der fibrösen Kapsel wird weit über den vorderen hinübergezogen und mit dem Periost der Kniescheibe vernäht. Mit der Aponeurose wird eben so verfahren, gleichzeitig aber ihr hinterer Wundrand kräftig nach unten gezogen und event. an das Tibiaperiost genäht. Eine event. noch hinzuzufügende Verkürzung des inneren Randes des Lig. patell. geschieht ähnlich wie die der Quadricepssehne. Soll die Zugwirkung des Vastus ext. auch noch herabgesetzt werden, so wird 2—3 cm oberhalb der Operationsstelle auf der Innenseite der Quadricepssehne letztere von außen nach innen zur Hälfte quer durchtrennt.

Bezüglich der interessanten und ein sehr mannigfaltiges Material betreffenden Krankengeschichten ist auf das Original zu verweisen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

21) **Mertens.** Die Frakturen des Calcaneus, mit besonderer Berücksichtigung des Röntgenbildes.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIV. Hft. 4.)

M. veröffentlicht die Krankengeschichten und den Befund von 15 Fällen von Fersenbeinbrüchen, von denen allerdings nur 9 aus-

führlicher beschrieben sind. In einem Falle handelt es sich um einen Rissbruch, bei den 8 anderen um Kompressionsbrüche. Bei 4 Fällen gab erst die Röntgenphotographie näheren Aufschluss über die Natur der Verletzung, während bei den anderen Pat. schon ohne Weiteres die Diagnose gestellt werden konnte.

Bei dem Rissbruch konnte man die Thatsache feststellen, dass die Bruchlinie nicht parallel den Knochenbälckchen des Calcaneus verlaufen muss, sondern dass sie auch schräg zu denselben verlaufen und einen mehr oder weniger spitzen Winkel mit ihnen bilden kann. Bei dieser Form des Bruches kommt für die Ätiologie nur die Wirkung der Muskelkraft in Frage, während es auch Fälle giebt, bei denen erst nach dem Kompressionsbruch eine sekundäre Dislokation des einen Bruchstückes durch Muskelzug statt hat. Auch hierfür kann Verf. eine Krankengeschichte nebst Röntgenbild beifügen. Einige Fälle waren sehr schwerer Art, so dass einmal sogar eine Amputation des Fußes nothwendig wurde. 4 Fälle waren Kompressionsbrüche leichter Art mit geringfügigen Symptomen, so dass die Diagnose erst durch das Skiagramm aufgehellt wurde.

Auch die Röntgenbilder zeigen, dass die Eintheilung in Rissbrüche, Kongestionsbrüche leichter und solche schwerer Natur eine zweckmäßige ist, da jede dieser Arten ihre charakteristischen Eigenschaften hat. Die Rissbrüche zeigen die Absprengung eines mehr oder weniger großen Knochenstückes nebst Dislokation desselben. Der Calcaneus ist sonst unverändert, hat eine deutliche Struktur der Knochenbälkchen, gleichmäßige Schattenbildung und gleiche Höhe und Länge wie am gesunden Fersenbein. Bei den schweren Kompressionsbrüchen ist die Struktur der Substantia spongiosa aufgehoben; die letztere ist ungleichmäßig, herdweise verdichtet und zusammengestaucht. Die Höhe des Calcaneus ist vermindert, die Bruchlinien verlaufen unregelmäßig. Die leichteren Kompressionsbrüche zeigen analoge Veränderungen in geringerem Maße. Das hauptsächliche Charakteristicum sind herdweise auftretende Verdichtungen der spongiösen Substanz des Calcaneuskörpers und Verwachsensein der Bälkchenstruktur.

Dort wo die obere Fläche des Calcaneus tief eingekerbt ist, zeigen auch die Spongiosabälkchen Lücken, so dass hier am leichtesten ein Bruch auftreten kann, wie auch vom Verf. angestellte Leichenversuche dies erhärteten. Diese Experimente zeigten auch, dass die Elasticität des Fersenbeins so groß ist, dass man es fast 1,0 cm zusammendrücken kann, ohne dass eine Fraktur entsteht. Je nach der Stellung des Fußes wird bei Kompression die laterale oder mediale Seite des Calcaneus zerbrochen. Im Gegensatz zu früheren Beobachtungen in der Litteratur sah M. weniger Längsbrüche, mehr Schräg- oder Querfrakturen. Ferner war selbst bei den meisten seiner schweren Fälle der Calcaneus isolirt gebrochen, was nach Golebiewski nicht die Regel sein soll.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

22) **V. Remedi.** Contributo alla cura delle varici degli arti inferiori.

(Clinica chir. 1901. No. 4.)

R. berichtet über 54 Fälle von Unterbindung der Vena saphena bei Krampfadern mit durchweg guten Resultaten. (Im Ganzen 3 Recidive; 24 2—3 Jahre lang beobachtete Kranke blieben frei von Recidiv). R. resecirt die V. saphena interna in der Höhe der Fossa ovalis und bei Varicen im Gebiete der Saphena externa diese letztere nahe der Kniekehle. — Fernerhin hat R. die Histologie der varikösen Venen studirt. Zum Vergleich mit der Vena saphena, die immer die höheren Grade der Erkrankung darbot, hat er auch mehrere Varicocelen untersucht und fand dabei, dass nach einer anfänglichen passiven Erweiterung sich umschriebene Bindegewebswucherungen der Intima einstellten, an deren Peripherie die Membrana elastica sich auffasert, Zellelemente in sich aufnimmt und wahrscheinlich auch selbst wuchert. In vorgeschritteneren Fällen (nur bei Krampfadern) hypertrophirt an diesen Stellen die Muscularis und Adventitia. Gröbere entzündliche Herde bot fast ausschließlich die Vena saphena, selten thaten dies die anderen varikösen Venen.

A. Most (Breslau).

Kleinere Mittheilungen.

Ein Recidiv nach der Winkelmann'schen Radikaloperation der Hydrocele.

Von

Oberarzt Dr. **Carl Lauenstein** in Hamburg.

In diesem Blatte 1898 No. 44 veröffentlichte Winkelmann eine »neue Methode der Radikalbehandlung der Hydrocele«, die so einfach und zweckmäßig zu sein schien, dass ich sie bei der nächsten Gelegenheit anwandte und, nachdem sie mir bei der Ausführung ebenfalls einen rationellen Eindruck gemacht hatte, regelmäßig wählte, wo sie nicht, wie in Fällen von schwieliger Verdickung des Sackes, kontraindicirt war. Ich habe dann im Jahre 1899 einmal Gelegenheit genommen, die Methode wegen ihrer Zweckmäßigkeit in der wissenschaftlichen Versammlung des Hamburger ärztlichen Vereins zu demonstriren. Sie wurde von uns in etwa einem Dutzend von Fällen ausgeführt, und wir fanden bisher stets das, was der Autor über seine Operation mitgetheilt hatte, bestätigt, bis vor wenigen Tagen ein Pat., dem am 30. August a. c. in der chirurgischen Abtheilung der Diakonissen- und Heilanstalt Bethesda die Operation nach Winkelmann gemacht worden war, sich mit einem Recidiv mir vorstellte.

Es handelte sich um den 62jährigen F. E., Vater von 12 Kindern, von denen 7 am Leben sind. Er hatte seit 1½ Jahren eine Schwellung seines Hodensackes bemerkt, die, allmählich zunehmend, über Faustgröße erreicht hatte, sehr prall gespannt und durchscheinend war, so dass die Diagnose keine Schwierigkeit machte. Bemerken muss ich, dass Pat. nur einen Hoden, den linken, besaß, und zwar angeboren. Der rechte ließ sich weder im Bereiche des Leistenkanals, noch in der Bauchhöhle fühlen. In meinem Beisein machte der Assistenzarzt Herr Dr. Lohr die Operation unter Schleich'scher Infiltration. Der Sack war dünnwandig, mit klarem strohgelben Inhalte, der im Übrigen keiner besonderen Untersuchung unterworfen wurde. Der Hoden, von normaler Größe und Form, wurde nach Vorschrift

aus dem Incisionsspalt hervorgedrückt und nach geschehener Umstülpung der Tunica in den Hodensack reponirt. Der äußere Schnitt wurde durch einige Nähte geschlossen. Steriler Verband mit Hilfe eines Suspensoriums. Schon nach Verlauf von 2 Tagen wurde Pat. entlassen und war, wie er uns nachher mittheilte, seitdem regelmäßig seinem Berufe als Stadtreisender nachgegangen.

Als Pat. sich mir am 24. Oktober von Neuem vorstellte, war der Hodensack faustgroß und sehr prall, so dass ich Anfangs bei dem absoluten Fehlen von Fluktuation an die Entwicklung eines Tumors dachte. Doch die Geschwulst war hell durchscheinend, und die sofort unter Infiltration vorgenommene Punktion entleerte 230 ccm einer gelblich röthlichen, etwas trüben Flüssigkeit von neutraler Reaktion, 1015 spec. Gewicht, von so reichlichem Eiweißgehalt, dass die Flüssigkeit beim Kochen völlig erstarrte. In dem Sediment der Flüssigkeit fanden sich zahlreiche rothe Blutkörperchen, theils frei und vielfach als Schatten, theils zusammengeballt, mit stärkerer Anhäufung von Blutfarbstoff zwischen ihnen; ferner freies Pigment, Plattenepithelien mit Anhäufungen von körnigem Pigment und vielfach kugligen Gebilden, 3—5mal so groß wie rothe Blutkörperchen, intensiver gefärbt als diese und wohl als »Blutpigmenttropfen« aufzufassen. Zucker fehlte in der Flüssigkeit.

Es liegt mir fern, aus diesem einen Ereignis der Wiederansammlung der Flüssigkeit nach der Winkelmann'schen Operation eine Kritik der Leistungsfähigkeit der Methode herzuleiten, die durch ihre Einfachheit von vorn herein so für sich einnimmt. Schien es doch a priori sehr plausibel zu sein, dass durch diese »Umstülpung« des eröffneten Sackes die Entstehung eines Hohlraumes vollständig unmöglich werden müsste, eine Voraussetzung, die ja auch bis dahin durch eine große Zahl von Operationen gerechtfertigt worden war. Denn wie wir haben vermuthlich auch andere Chirurgen sich dieser Methode bedient (siehe u. A. den letzten Jahresbericht der Czerny'schen Klinik — Beiträge zur klin. Chirurgie).

Winkelmann selbst vermuthete in seiner ersten Mittheilung, dass es zu einer Verwachsung zwischen der umgestülpten Tunica propr. und der sie umgebenden Tunica communis kommen möchte. Ich habe immer unter dem Eindrucke gestanden, dass der Schwerpunkt der Methode, abgesehen von der Beseitigung des geschlossenen Raumes, möglicherweise darin zu suchen sei, dass die Flüssigkeit, die auch nach Ausführung der Operation von der umgestülpten Tunica vag. propr. weiter abgesondert werden würde, leicht von dem umgebenden lockeren Gewebe der Tunica communis aufgenommen und aufgesogen werden könnte. In unserem hier mitgetheilten Falle ist es vermuthlich nicht zu einer Verwachsung zwischen umgestülpter Tunica propria und der umgebenden communis gekommen. Nach dem Befunde, den ich nach der Punktion, der ich — beiläufig gesagt — eine Injektion von Jodtinktur habe folgen lassen, erhob, und der einen vollkommen normalen Testikel so wie absolute Weichheit seiner Bedeckungen ergab, bin ich vielmehr geneigt, anzunehmen, dass die hier gefundene Wiederansammlung von Flüssigkeit ihren Sitz zwischen den beiden Tunicae gehabt hat. Ob diese Vermuthung richtig ist, ließe sich vielleicht durch Experimente an Thieren feststellen. Doch würden dazu wohl immerhin Thiere mit Hydrocele behaftet nöthig sein. Denn bei normalen Thieren würde die Hypersekretion der Tunica propria fehlen. Ob die umgedrehte Tunica vag. propria mit der Umgebung verwächst, dass ließe sich am Ende auch durch Experimente an Thieren ohne Hydrocele entscheiden.

---

23) 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Hamburg.

Sektion für Chirurgie.

Jordan (Heidelberg). Über die Entstehung von Tumoren, Tuberkulose und anderen Organerkrankungen nach Einwirkung stumpfer Gewalt.

Die Frage des Kausalitätsverhältnisses von Traumen und Geschwulstbildungen ist wissenschaftlich nicht zu beantworten, so lange die Entstehungsursache der



Geschwülste unbekannt ist. Die gangbaren Hypothesen über die Geschwulstgenese lassen den Einfluss einer stumpfen Gewalteinwirkung in geringerem oder größerem Umfang verständlich erscheinen. Zur Beurtheilung der Verhältnisse sind wir ausschließlich angewiesen auf klinisches Material. Die neuesten, durch den Aufruf v. Büngner's veranlassten Statistiken ergeben, dass nur in einem geringen Procentsatz (2—3%) der Fälle traumatische Einwirkung für die Entstehung der Geschwülste im Allgemeinen beschuldigt wird.

Bei den Carcinomen scheint das Trauma eine sehr geringe Rolle zu spielen, während ihm bei der Entstehung der Sarkome zweifellos eine größere Bedeutung zukommt. Der Procentsatz der traumatischen Sarkome ist etwa um das dreifache größer als der der Carcinome. Unter den gutartigen Tumoren stellen die Knochengeschwülste (Exostosen, Enchondrome) das Hauptkontingent zu den traumatischen Fällen. Volle Beweiskraft kann den klinischen Beobachtungen nicht zuerkannt werden, da in den meisten Fällen die Angaben über die vorausgegangene Verletzung von den Pat. stammen, keine Sicherheit bezüglich der Übereinstimmung der Stelle der Gewalteinwirkung mit dem Sitz des Tumors besteht, die Entwicklungszeit der Geschwülste unbekannt ist, und endlich der Nachweis, dass an der Kontusionsstelle nicht bereits vorher eine Geschwulst in kleinem Umfang bestand, nicht erbracht werden kann. Die Frage, ob ein Kausalzusammenhang zwischen Tumor und Trauma besteht, lässt sich auf Grund des bis jetzt vorliegenden Materials nicht beantworten. Für die Praxis ergiebt sich daraus die Konsequenz, bei der Beurtheilung von Einzelfällen außerordentlich kritisch vorzugehen und die Möglichkeit eines Zusammenhangs nur dann zu bejahen, wenn die Kontusion einwandsfrei nachgewiesen ist und der Sitz der Geschwulst genau dem Kontusionsherd entspricht.

In der Ätiologie der chirurgischen Tuberkulosen spielt das Trauma nach alter, ärztlicher Erfahrung, die durch statistisches Material gestützt ist, zweifellos eine gewisse Rolle. Die Frage aber, ob die Kontusion an einem bis dahin gesunden Organ das Auftreten der Tuberkulose bei bestehender allgemeiner Disposition direkt verursachen könne, ist nicht mit Sicherheit zu beantworten, denn im Gegensatz zu den Resultaten Schüller's und Krause's stehen die Ergebnisse der neuesten Thierexperimente von Lannelongue und Achard, Friedrich, Honsell, nach denen das Trauma keinen Locus minoris resistentiae schafft. Nach den letztgenannten Forschern bewirkt die Verletzung nur das Manifestwerden eines bis dahin latenten tuberkulösen Herdes. Für die Begutachtung ist übrigens diese Streitfrage von keiner erheblichen Bedeutung, da die Berufsgenossenschaften auch dann haftpflichtig sind, wenn der Unfall nur eine der mitwirkenden Ursachen der Erkrankung darstellt.

Unbestritten ist der Einfluss des Traumas auf die Entstehung der akuten Osteomyelitis. Sowohl durch Thierexperimente als durch klinische Beobachtungen ist sichergestellt, dass eine Knochenquetschung die Lokalisation von im Blute kreisenden pyogenen Kokken begünstigt und das Trauma somit eine wichtige Gelegenheitsursache für die Entstehung eitriger Osteomyelitis bildet. Bedingung für die Annahme eines Zusammenhangs von Unfall und Erkrankung ist indessen die Entstehung der letzteren im unmittelbaren Anschluss an den Unfall.

Bei der Appendicitis ist der Einfluss eines Traumas plausibel, wenn der Wurmfortsatz Kothsteine enthält oder chronisch entzündliche Veränderungen aufweist. Hat die Erkrankung in direktem Anschluss an einen Stoß eingesetzt, der die Coecalgegend betroffen hat, so ist ein ursächlicher Zusammenhang anzunehmen und die Berufsgenossenschaft als entschädigungspflichtig zu erklären.

(Selbstbericht.)

Heile (Breslau). Experimentelles zur Frage der Operationshandschuhe nebst Beiträgen zur Bedeutung der Luftinfektion.

Die Bakterien bilden augenscheinlich nur einen Theil der zur Infektion nothwendigen Ingredienzien; vor Allem ist die individuelle Disposition wichtig, die sicher wieder zum Theil durch die operative Technik beeinflusst werden kann. Wir wissen aber auch einerseits, dass ein einziger Milzbrandbacillus den Tod der

Maus veranlassen kann, andererseits, besonders nach den Untersuchungen von Hermann, dass im Allgemeinen neben der Qualität vor Allem auch eine gewisse Quantität der Bakterien zur Infektion nothwendig ist. Diese Bakterienmenge muss naürlich neben ihrer Virulenz wechseln mit der Widerstandsfähigkeit des Körpers mit der Fähigkeit, die Schädigung wieder auszugleichen. Diese wechselnde Größe des zur Infektion nothwendigen Bakteriengehaltes möchte H. Infektionskoëfficient nennen. Bei dem Wechsel der Größe des Infektionskoëfficienten kann man sich vorstellen, dass in den meisten Fällen die gewöhnlich geübten Schutzmaßregeln den Kranken genügend schützen, in vielen Fällen aber doch versagen. Daher muss unser Streben sein, die individuelle Disposition zu beeinflussen, wie wir sie z. B. beim Diabetes gegeben haben, oder aber exaktere, zweckmäßigere Operationstechniken zu ersinnen etc. Am einfachsten wird es aber vorläufig sein, möglichst viele Bakterien von der Wunde fern zu halten, um so den Infektionskoëfficienten nicht zu erreichen.

Indem v. Mikulicz davon ausging, dass unsere Hände nur keimarm, aber nicht keimfrei gemacht werden könnten, empfahl er bei aseptischen Operationen den Gebrauch von durchlässigen Zwirnhandschuhen; sie sollten keinen Ersatz der Händedesinfektion bilden, nur die Aseptik verbessern. Diese Absicht schien überflüssig zu sein, da Anfangs Döderlein u. A. Recht zu behalten schienen, die glaubten, ihre Hände absolut keimfrei machen zu können. Jetzt sind Alle (auch Döderlein u. A.) der damals von v. Mikulicz vertretenen Ansicht: die Hände sind nicht keimfrei zu machen. Aber die Zwirnhandschuhe sollen nicht nur die Keime der Hand durchlassen, sie sollen sich mit den Bakterien der Luft anreichern, um als beschränktes Bakteriendépôt immerfort Keime an die Wunde abzugeben; dann aber sind die Handschuhe eine Verschlechterung der Aseptik.

Auf der einen Seite stehen die Freunde der Zwirnhandschuhe (Kocher, v. Eiselsberg u. A. haben die Handschuhe ebenfalls seit Jahren für alle aseptischen Operationen in ihren Kliniken eingeführt), welche meinen, dass die Handschuhe wohl noch einen Theil der Handkeime durchlassen, den größten Theil aber abfiltriren; auf der anderen Seite steht der größere Theil der Chirurgen, der die Zwirnhandschuhe zum Theil für überflüssig, zum Theil für schädlich hält.

Der Beweis, dass nach Einführung der Handschuhe die Wundheilerfolge bessere waren, ist nicht eindeutig, da zugleich mit Einführung der Handschuhe überhaupt bessere allgemeine aseptische Maßregeln eingeführt wurden. — Von vorn herein ist es verständlich, dass jedes Hindernis zwischen Infektionsherd und Wunde letztere mehr schützen muss. Und wenn man auch annähme, dass weitmaschige Handschuhe die kleinsten Keime durchlassen müssen, so wird doch die Möglichkeit, die Bakterien auf dem Umweg von den Händen durch die Handschuhe in die Wunde jeder Zeit wegwerfen zu können durch Ausziehen der Handschuhe, werthvoll für die Bakterienabwehr überhaupt sein. — Um exakt die Durchgängigkeit der Zwirnhandschuhe zu prüfen, hat H. das Thierexperiment und Filtrationsversuche gemacht. — Er hat seine Hände mit Kaninchensepthämiebacillen inficirt (5 ccm einer 24stündigen Bouillonkultur) und 1mal mit und 1mal ohne Handschuhe operirt. Um die bekannten Schutzkräfte des Peritoneums auszuschalten, hat er nicht wie Schloffer die Kaninchen laparotomirt, sondern hat immer ca. 15 cm lange, tiefe Incisionen am Rücken parallel der Wirbelsäule der Thiere gemacht, immer sehr starke Blutung verursacht, derart, dass er leicht das Blut tropfenweise aus den Handschuhen drücken konnte, und jedes Mal genau 15 Minuten lang operirt; dann Schluss der Wunde durch 4 versenkte Seidennähte und durch fortlaufende Hautnaht. Bei den schwer mit den ganzen 5 ccm Bouillonkultur inficirten Händen ergiebt sich keine Differenz, ob mit oder ohne Handschuhe operirt; die Thiere starben sämmtlich am nächsten Tage.

Dann hat H. 34 Kaninchen derart operirt, dass er erst operirte, nachdem er seine schwer inficirten Hände 1 Minute lang in fließendem warmem Wasser rein mechanisch mit Holzfasertupfern abgerieben hatte. Wenn auch so nur rein oberflächlich Bakterien abgerieben wurden und auch noch gewaltige Mengen Bakterien an den Händen blieben, war jetzt doch eine deutliche Differenz im Befinden der

Kaninchen vorhanden, ob mit oder ohne Handschuhe operirt. Von den mit Handschuhen operirten Thieren blieben 45% am Leben; 55% starben vom 2. bis 5. Tage. — Die ohne Handschuhe operirten starben sämmtlich, und zwar 82% gleich am 1. Tage und nur 18% am 2.—4. Tage.

H. änderte dann die Versuchsanordnung derart, dass er jedes Mal die Operation 4mal wiederholte, das eine Mal die Handschuhe 4mal wechselte und das andere Mal alle 4 Operationen mit ein und demselben Handschuhpaar machte. Von den 3 mit Wechseln der Handschuhe operirten Thieren blieben 2 am Leben, 1 starb am 2. Tage. Die 3 ohne Wechseln der Handschuhe operirten starben dagegen sämmtlich, und zwar 2 gleich am 1. Tage, 1 am 4. Tage. — Eine Versuchsreihe war nicht zu benutzen, da die Thiere an Pneumonie starben; im Übrigen wurden von den gestorbenen Thieren immer Reinkulturen von Kaninchensepthämiebacillen aus Milz und Leber gewonnen. — Das eine Mal waren die Bacillen nicht virulent genug, um die Thiere zu tödten; hier gab der Leukocytengehalt den Infektionsgrad an. Das ohne Handschuhe operirte Kaninchen hatte 31000, das mit Handschuhen operirte Kaninchen hatte 9000 Leukocyten; das ohne Wechseln der Handschuhe operirte Thier hatte 16000, das mit Wechseln der Handschuhe operirte 6000 Leukocyten. — Zugleich mit der Infektion der Hände durch Kaninchensepthämiebacillen hatte H. auf die Hände jedes Mal je 3 ccm einer 24stündigen Bouillonkultur von Prodigiosus verrieben und seine Hände immer vor, während und nach einer Operation auf Agarschalen abgedrückt. Bei sehr schwer inficirten Händen wachsen auch beim Abdrücken trockener Handschuhe Keime; bei weniger stark inficirten Händen bleibt der Nährboden durchweg steril. Von den Händen und aus den Wunden wachsen nach Operationen mit Handschuhen immer viel weniger als ohne Handschuhe Beim Wechseln der Handschuhe wachsen beim Eindrücken eines jeden neuen Handschuhpaares immer weniger; mit dem Ausziehen der Handschuhe wird eine große Zahl Bakterien weggeworfen. Werden dagegen die Handschuhe nicht gewechselt, wird die Zahl der durchtretenden Bakterien proportional der Länge der Zeit immer größer. —

Die jetzt folgende Arbeit ist im hygienischen Institut zu Breslau unter Leitung von Herrn Geheimrath Flügge gemacht. Es handelte sich darum, die Hände mit einer bekannten Bakterienmenge zu inficiren, jetzt zu operiren und zu bestimmen, wie viel Keime in der Wunde sind, wie viel Keime in den Handschuhen abfiltrirt und wie viel an den Händen selbst zurückgehalten wurden. — Die Summe dieser Keime musste approximativ der ursprünglich zur Infektion benutzten Bakterienmenge gleich sein. Die Wunde wird durch ein steriles Gefäß mit physiologischer, körperwarmer Kochsalzlösung oder frisch einem Kaninchen abgezapftem Blut ersetzt. Es zeigte sich, dass ohne übergezogene Handschuhe 82% der Gesammtbakterienmenge von den Händen in die Flüssigkeit überging. Zog H. die alten, weitmaschigen Handschuhe über, so gingen nur 30% = $1/3$ der Gesammtmenge in die Flüssigkeit über, 24% blieben in den Handschuhen. Benutzte er aber etwas engmaschigeren, dickeren Trikotstoff, so gingen übereinstimmend in 5 Versuchen, gleichgültig ob in Blut oder Kochsalzlösung, nur 5% = $1/20$ der Gesammtbakterienmenge durch die Handschuhe hindurch. Dabei waren die Versuchsverhältnisse dem Hindurchtreten von Bakterien viel günstiger, als dies in der Praxis der Fall sein kann. Die Hände hingen ganz in der körperwarmen Flüssigkeit drin, waren also den Versuch hindurch so nass, wie es bei der Operation nur nach Spülen resp. nach besonders großem Blutverlust vorkommt; dann aber treffen die Versuchsbedingungen immer nur die Hände des Operateurs, während die Assistentenhände immer mehr oder weniger trocken bleiben. Die von dem Handschuhgewebe aufgesaugte Flüssigkeit wurde fortwährend 10 Minuten lang durch kräftiges Umklammern des Metallstabes und durch gegenseitiges Abstreifen der Finger wieder ausgepresst, während in der Praxis beim Knüpfen von Ligaturen, Anlegen von Klemmen etc. doch nur Flüssigkeit von einem Theil des Handschuhes in einen anderen Theil gepresst wird. Dieser etwas dickere, engmaschigere Trikotstoff wird in Folge dieser Versuchsresultate jetzt konsequent in der Breslauer Klinik gebraucht; er hat in der Handhabung gegenüber dem alten

Stoff keine Unannehmlichkeiten. Der etwas höhere Preis wird durch die viel größere Haltbarkeit voll kompensirt. Über Thierversuche mit diesem neuen Stoff wird später berichtet werden, da anzunehmen ist, dass sie viel besser ausfallen werden, als die oben beschriebenen, welche mit dem alten, weitmaschigen Stoff erzielt wurden.

Aus allen diesen Versuchen geht hervor, dass die Handschuhe in der Abwehr der Handkeime eine bedeutende Verbesserung darstellen. Um nun zu sehen, wie sie sich den Luftkeimen gegenüber verhielten, hat H. eine Serie von 15 Operationen gemacht, immer 3 absolut gleiche am Hund, 1mal mit Trikothandschuhen über bloßer Hand, 1mal mit Trikothandschuhen über Gummihandschuhen und 1mal mit Gummihandschuhen allein. Es zeigte sich, dass die Oberflächen der Handschuhe immer fast gleich viel Keime enthielten. Die Keimzahl dagegen, die überhaupt aus den Trikothandschuhen gezogen werden konnte, war dann am größten, wenn keine Gummihandschuhe untergezogen waren; dann beherrschten Albus und andere Handkeime das Bild, während sonst Citreus und die Luftkeime wuchsen. Die Trikothandschuhe saugen die Keime in sich auf und beherbergen sie; die Gummihandschuhe oder bloßen Hände geben aber die Keime direkt an die Wunde wieder ab. Bei den Zwirnhandschuhen hat man es jeden Augenblick in der Hand, die Bakterien mit den Handschuhen wegzuwerfen, bei den bloßen Händen oder Gummihandschuhen müsste man die Keime erst aus der Wunde wieder herausholen. Wenn man die Hände oder Gummihandschuhe abspült, wird man die im Augenblick der Außenfläche anhaftenden Keime abspülen können; aber um zu verhindern, dass alle in jedem Augenblick aus der Luft oder der Tiefe der Haut an die Handoberfläche gelangten Keime nicht in die Wunde kommen, müsste man immerfort die Hände oder die Gummihandschuhe abspülen, weil die nicht aufsaugenden, glatten Oberflächen bei jedem Berühren der Wunde ihre Keime abstreifen. Die Trikothandschuhe saugen auf, imbibiren sich mit den Keimen und können gewaltige Bakterienmengen (viele Millionen) beherbergen, lassen aber an ihrer Oberfläche nicht größere Keimmengen, als wir sie an den Händen oder Gummihandschuhen haben.

H. hat diese Versuche zu gleicher Zeit mit den oben beschriebenen Filtrationsversuchen, also mit schwer durch Prodigiosus inficirten Händen gemacht. Prodigiosus lässt sich verhältnismäßig gut schon durch seine Farbe nachweisen. Während nun z. B. bei einer Versuchsreihe unter übergezogenem Trikot die Handoberfläche nur 700 Keime enthielt, waren in derselben Zeit an derselben Handoberfläche unter Gummihandschuhen über 30 000 Keime nachzuweisen! Unter den Gummihandschuhen waren die Hände aufgeweicht, mitunter ähnlich den Händen einer Wäscherin; sie hatten geschwitzt, so dass sich unter den Handschuhen oft richtiges Kondenswasser gebildet hatte.

Bei diesen Versuchen zeigte sich, wie gewaltige Bakterienmengen aus der Luft sich an der Handschuhoberfläche ablagern. Es wurde desshalb systematisch der Keimgehalt von Operationszimmer und Hörsaal untersucht. Im klinischen Hörsaal war die Keimzahl während der Vorbereitung zur Klinik 45, während der Klinik selbst stieg sie auf 155, um nach Schluss der Klinik auf 80 und 3 Stunden nach Beendigung des Aufräumens auf 14 wieder zu sinken. (Alle Werthe beziehen sich auf Agarschalen von 10 cm Durchmesser, welche $1/2$ Stunde lang exponirt waren[1].) Im aseptischen Operationssaal gehen an operationsfreien Tagen durchweg nur 3 Keime in $1/2$ Stunde auf, während die Menge bei der Operation auf 60 und mehr steigt. — Wenn H. den Operationssaal hermetisch mindestens 12 Stunden abschloss, ging im Durchschnitt nur 1 Keim auf; ging er dann im Saal umher, selbst ganz aseptisch angezogen und machte mit einem großen sterilen Tuch möglichst viel Staub, oder aber ließ er einen Ventilator von 500 mm Flügeldurchmesser mit $3/4$ Pferdekraft $1/2$ Stunde lang aufs kräftigste die Luft durch einander wirbeln, so gingen im Durchschnitt 10—15 Keime auf, wäh-

[1] Durch Wasserspray oder Formalindesinfektion nach Flügge ließ sich die Keimzahl um $1/2$—$1/3$ herabsetzen.

rend in derselben Zeit bei ruhiger resp. bei durch Anwesenheit von ca. 20 Zuschauern natürlich erregter Luft während der Operation 50—60 Keime aufgingen. Durch das Hineintreten der Zuschauer vergrößerte sich also die Keimzahl um das 4—5fache. Da mithin der größte Theil der Keime nicht schon im Raum befindliche und nur aufgewirbelte Bakterien sind, sondern durch die Operateure resp. die Zuschauer hineingetragen werden, war es wichtig, sich bestimmte Vorstellungen machen zu können, wie sie hineinkommen. H. hat mit Pyocyaneus Versuche gemacht, deren Ergebnisse ihm sehr überraschend waren. Er hat mit Pyocyaneus inficirte Verbände gewechselt nur mit Kornzange und Schere, indem er aufs ängstlichste jede Kontaktinfektion vermied. Das Resultat war bei 7 Versuchen dasselbe: Bei gewöhnlich trockenen oder eingetrockneten Verbänden, die nur mit gewisser Kraftanstrengung loszulösen sind, so dass ein Ablösen trockener Verbandfäserchen möglich ist, wird der Rock des Arztes immer schwer inficirt, wenn er auch sicher jede Kontaktinfektion vermieden hat, nur durch die bei Ablösung des Verbandes an die Luft abgegebenen Partikelchen. Mit dem Rock lassen sich diese Infektionsmengen stundenlang aufbewahren und weiter transportiren und lösen sich dann bei leichtem Schütteln resp. Aneinanderreiben, wenn man nur die Ablösung von feinsten Fäserchen ermöglicht, wieder ab, um die Luft eines 3 cbm großen Glaskastens derart schwer zu inficiren, dass alle in ihm in allen Höhen aufgestellte Bouillonschalen dicht mit Pyocyaneus besät werden. Sind die an den Rock gelangten Mengen nicht so groß, wie z. B. beim Wechseln eines Schwarzsalbeverbandes, der mit der Wunde nicht so fest verklebt, können kleinere Bakterienmengen so fest an dem Rock des Arztes festhaften, dass sie nur durch Ausgießen von Rockstücken selbst nachgewiesen werden können. Ferner wurde der 3 cbm große Glasraum überall aufs schwerste inficirt, wenn die Verstäubung feinster, trockener Verbandfäserchen als Träger der Bakterien ermöglicht wurde eben so wie oben beschrieben, so auch dann, wenn unter allen Vorsichtsmaßregeln der Pyocyaneusverband in dem Glaskasten selbst gewechselt wurde. Feuchtete H. den Verband aber unmittelbar vor dem Verbinden an, kam es nur zu einer geringen Versprengung, machte er aber von vorn herein einen ganz feuchten Verband, so kam es überhaupt zu keiner Zerstäubung von Pyocyaneus, wenn auch der Verband selbst ganz davon durchwachsen war und alle Versuchsbedingungen dieselben waren. Nach etlichen Misserfolgen ist es H. gelungen, dieselbe Verstäubungsfähigkeit mit Staphylococcus aureus bei einem Falle von Osteomyelitis acuta Fib. und von Streptokokken bei einem Falle von ausgedehnter Kniegelenksvereiterung nachzuweisen. Die Möglichkeit der Verstäubung kann man also ruhig a priori auf alle Bakterien verallgemeinern, da die Größen- und Gewichtsdifferenzen ja ganz verschwindende sind. Beim Wechseln von durch eingetrocknetes Wundsekret resp. Eiter festverklebten Verbänden geht ein großer Theil der in ihnen enthaltenen Bakterien nicht nur in die Luft des Raumes über, in dem verbunden wird, auch an den Leinenmänteln des verbindenden Arztes hängen sich so viele Bakterien fest und bleiben noch stundenlang in ihrer Entwicklung unbeeinflusst, so dass der Träger des Rockes einen gefährlichen Infektionsherd mit sich herumschleppt. Betritt der Träger des Rockes den Operationssaal, und findet sich hier beim leisesten Gedränge der Zuschauer Gelegenheit zum Ablösen feinster Fäserchen, können die aus der Luft in die Wunde hinabfallenden Keime event. eben so gefährlich werden, als wenn der Operateur oder Assistent durch Berühren von inficirten Röcken der Zuschauer selbst direkt durch Kontakt die Keime in die Wunde bringt. Redner glaubt zwar, dass die Kontaktinfektion viel gefährlicher ist, da die Keime mehr in die Wunde hineingepresst werden, und glaubt andererseits, nach anderweitigen Versuchen, dass die Luftkeime sich verhältnismäßig bald senken und mit dem Zimmerstaub so innige Berührung eingehen, dass sie für die Infektion nur noch wenig in Betracht kommen.

Trotz dieses konstant so enorm großen Bakteriengehaltes verheilen aber doch die meisten Wunden reaktionslos. Wir müssen uns eben immer mehr daran ge-

wöhnen, den Hauptwerth bei der Frage, ob Infektion oder nicht, auf die individuelle Disposition zu verlegen, darauf, dass vom gesunden Organismus enorme Bakterienmengen ohne Weiteres vernichtet werden, und unser Bemühen muss dahin gehen, den Körper in seinen normalen Schutzkräften unterstützen zu lernen. — Aber andererseits wird man in den Mänteln der Zuschauer, wie in dem Zimmerstaub eine Möglichkeit zur Infektion von Wunden anerkennen müssen. Das Beste ist und bleibt, ohne Zuschauer zu operiren. Da dies aber nicht allgemein durchzuführen ist, muss man aufs allerstrengste verlangen, dass alle in den Operationssaal Tretenden, Ärzte und Wärter, einen rein gewaschenen, wenn möglich sterilen Rock unmittelbar vor dem Eintritt anziehen (event. undurchlässiges Tuch, das keine Fäserchen abgiebt). — Es wäre zweckmäßig. wenn alle Vorbereitungen zur Operation möglichst im Vorzimmer gemacht würden und die Betheiligten erst desinficirt den Operationssaal beträten. — Da unsere Mittel, die Hände zu desinficiren, so sehr kläglich sind, weil es trotz 15maliger strengster Desinfektion nicht gelang, im Verlauf von 3 Tagen die Hand frei von Prodigiosus zu bekommen, muss man aufs strengste jede Infektion der Hände bei eitrigen Processen durch prophylaktisches Anziehen von Gummihandschuhen vermeiden; Abstinenz im Anfassen eitriger Sachen wird das Wichtigste mit für die Aseptik sein.

Mit diesen Mitteln wird der Operateur im Allgemeinen auskommen. Im klinischen Betrieb lässt sich dies aber nicht durchführen: Hier soll man darum alle Hilfsmittel ausnützen, die unsere aseptischen Maßnahmen verbessern, und dahin gehören die Zwirnhandschuhe. Die Gummihandschuhe sind für septische Operationen nicht nur zweckmäßig, sondern nothwendig; bei aseptischen Operationen sind sie aber nicht nur hinderlich, sondern event. auch gefährlich, da sie während der Operation zu leicht einen kleinen Stich oder Riss bekommen, durch den sich mit dem angesammelten Kondenswasser enorme Bakterienmassen in die Wunde ergießen können. (Selbstbericht.)

Hoffa: Die experimentelle Begründung der Sehnenplastik.

Die Sehnenplastik mit ihren vielfachen Modifikationen bedeutet einen großen Fortschritt für die chirurgische Orthopädie. Obgleich diese Operation nun schon tausendfältig ausgeführt worden ist, fehlte es bisher noch an genauen Untersuchungen über die Heilungsvorgänge im Anschluss an Sehnenplastiken. Diese Lücke hat H. ausgefüllt durch die Mittheilung von 11 Untersuchungsprotokollen von Präparaten, die er durch an Hunden und Katzen ausgeführte Sehnenplastiken gewonnen hat. Die Sehnen wurden theils verlängert, theils verkürzt, theils in der verschiedensten Weise an einander genäht. Die Thiere wurden nach verschieden langen Zeitintervallen getödtet, die Operationsstelle exstirpirt, gehärtet, gefärbt und durch Serienschnitte untersucht. Eins der Präparate stammt von einer Pat., bei der nach Verkürzung des Tibialis anticus eine Nachoperation nöthig wurde; im Verlauf derselben wurde die alte Operationsstelle 242 Tage nach der Operation exstirpirt.

Die Ergebnisse der histologischen Untersuchungen sind in Kürze folgende: Die nach den verschiedenen Methoden der Sehnenplastik im Verlauf der nächsten Wochen sich abspielenden Processe führen zur Bildung einer Narbe, an deren Aufbau einerseits das Sehnengewebe selbst, andererseits das Peritenonium internum und externum so wie das peritendinöse Bindegewebe Antheil nimmt. Es spielen sich dabei histologisch annähernd die gleichen Vorgänge ab, wie sie nach den Untersuchungen von Enderlen, Busse und neuerdings von Schradick für die Heilungsvorgänge nach der einfachen Tenotomie geschildert worden sind.

Die Neubildung des Sehnengewebes ist in der Regel eine sehr bedeutende. Es entstehen zahlreiche Bündel junger Sehne, die in die Narbe einstrahlen und mit gleichgearteten Fascikeln innige Geflechte eingehen. In den ersten Wochen erscheint die neugebildete Narbe noch mehr oder weniger bindegewebig, später aber wird sie vorwiegend sehnig. Alte und neugebildete Sehne sind aber noch nach Monaten durch den verschiedenen Zellreichthum, so wie durch die Farbenunterschiede (bei Hämatoxylin-Eosinfärbung) gut zu unterscheiden.

War die Operation nicht ganz aseptisch, hatte vielmehr eine leichte Infektion stattgefunden, so überwog die Proliferation des Bindegewebes entschieden die von der Sehne ausgehende Neubildung. Die Heilung wird ferner sicher verzögert, wenn sich größere Hämorrhagien im Operationsgebiete einstellen. — Sehr interessant ist das Verhalten der Sehnenpartien, welche zwischen die einzelnen Nähte gefasst, gewissermaßen abgeschnürt werden. Man erkennt dann zunächst deutlich eine Degeneration der abgeschnürten Sehnenbündel. Die regressiven Processe am Sehnengewebe verlaufen unter Kernschwund, unter Auffaserung und homogener Quellung der Fasern. In die degenerirten Sehnenabschnitte wandern dann zahlreiche Leukocyten und Wanderzellen ein, durch deren Umwandlung dann wieder zunächst Bindegewebe und später sehniges Gewebe entsteht.

Mit dem Alter der Narbe nimmt deren Zellgehalt und Gefäßreichthum allmählich ab, während die Zwischensubstanzen zunehmen. Aber auch noch nach Monaten sind die Processe der Emigration und Immigration, so wie die Bildung und Rückbildung der Narbe nicht beendet.

Für die Praxis ergiebt sich aus den obigen Mittheilungen einmal, dass strengste Aseptik und Vermeidung jeder Infektion, ferner exakte Blutstillung zur Verhütung von Hämorrhagien für die Erzielung einer guten Heilung nöthig sind, und ferner, dass die Fixation des operirten Theiles in der gewünschten Stellung für längere Zeit auch nach vollständig beendeter Wundheilung stattfinden muss, damit eine wirklich solide Narbe entsteht. (Selbstbericht.)

(Fortsetzung folgt.)

---

24) **Tavel.** Über Wunddiphtherie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 460.)

T. berichtet über 3 Fälle plegmonös-infektiöser Erkrankungen, bei denen im Eiter außer Strepto- bezw. Staphylokokken deutliche Diphtheriebacillen auffindbar waren, ohne dass klinisch krupös-diphtherieartige Membranen und Beläge sich zeigten. In Fall 1 handelt es sich um ein bei Sektion eines Krupkindes erworbenes Panaritium nebst Lymphangitis, in Fall 2 um einen großen Abscess am Rücken, der, nach einer Pleuritis serosa entstanden, mehrere Rippen entblößt hatte, in Fall 3 um eine große, subepidermale Blase am Finger einer mit Tuberkulose der Mittelhand behafteten Pat. Die Heilung verlief jedes Mal glatt, und waren auf die Gegenwart der Bacillen beziehbare Allgemeinintoxikationserscheinungen nicht vorhanden. Im Gegensatz hierzu sind oft bei speckig belegten, übel aussehenden, »diphtheritischen« Wunden keine Diphtheriebacillen nachweisbar. Es findet sich also der Satz bestätigt: »Dieselben Krankheitsformen können von sehr verschiedenen Bakterien hervorgerufen werden, und dieselben Bakterien können sehr verschiedene Krankheitsformen erzeugen«.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

25) **E. Payr.** Weitere Mittheilungen über Verwendung des Magnesiums bei der Naht der Blutgefäße.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIV. Hft. 3.)

Verf. hatte Gelegenheit, die Vereinigung großer Blutgefäße durch ein vor einiger Zeit von ihm selbst angegebenes Verfahren mittels Invagination auf einer resorbirbaren Magnesiumprothese bei einem geeigneten Falle anzuwenden. Es handelte sich um ein carcinomatöses Leistendrüsenpacket bei einem 67jährigen Greis, der an einem Peniscarcinom gelitten hatte und desswegen 7 Monate vorher operirt worden war. Bei dem neuerlichen Eingriff zeigte sich nun, dass ein Krebszapfen in die Vena cruralis hineinwucherte, so dass ein 4,5 cm langes Stück derselben resecirt werden musste. Die Wiedervereinigung der Gefäßwundränder erfolgte nach P.'s neuer Methode. Pat. starb am 3. Tage nach der Operation, und Verf. veröffentlicht das Sektionsprotokoll, welches in seinen näher beschrie-



benen Details die Anwendungsmöglichkeit und Brauchbarkeit des Verfahrens trotz des ungünstigen Ausganges erweist. Die Besichtigung der Innenwände der aufgeschnittenen Vene ergiebt völlig normale Verhältnisse; nirgends ist eine Thrombusmasse zu finden. Die Venenlichtung ist an der Nahtstelle völlig durchgängig. An der Hinterseite der Vene ist bereits eine sehr feste Verklebung der umgeschlagenen Intima des peripheren Theiles mit der Intima der centralen Venenpartie erfolgt. An einer Stelle, wo eine Rechenpincette bei der Operation die Vene gefasst hatte, ist ein unbedeutendes Fibringerinnsel zu finden. Jedenfalls ist ersichtlich, dass in sehr kurzer Zeit gesunde Intimaflächen der Gefäße mit einander energisch verkleben können. Eine Thrombosirung ist nach dem angegebenen Befunde wohl auch nach den 3 ersten Tagen nicht mehr zu erwarten. Die histologische Untersuchung ergab ebenfalls ein durchaus befriedigendes Resultat des lokalen Befundes der Vereinigungsstelle.

Am Schluss des Aufsatzes sind einige Verbesserungen der Technik, besonders Betreffs des provisorischen Verschlusses der durchtrennten Gefäße und bezüglich der Form und Ausdehnung der Prothese angefügt.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

26) **E. Pagenstecher.** Beiträge zu den Extremitätenmissbildungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 239.)

Beschreibung von 3 Missbildungsfällen, betreffend die Oberextremitäten, illustrirt durch Photo- und Skiagramme und ätiologisch besprochen.

Fall 1. Brachydaktylie. Während die rechte Extremität normal ist, zeigt die linke eine in allen Dimensionen kleinere Hand. Die Finger sind mehr als die Mittelhand, der Daumen wieder mehr als die übrigen Finger verkleinert. Ätiologie: Wahrscheinlich raumbeengende Einflüsse bald nach der 5.—6. Embryonalwoche.

Fall 2. Pollex valgus. Der Knabe hatte einen überzähligen Daumen, welcher der Ulnarseite des Hauptdaumens angeheftet war und im 1. Lebensjahre amputirt wurde. Zur Zeit (im 11. Altersjahre) steht die Nagelphalanx des Daumens ulnarwärts deviirt. An der Grundphalanx zeigt sich leichte Abweichung des ganzen Köpfchens.

Fall 3. Verrenkung des Radiusköpfchens und Missbildung des Daumens etc. Die Verrenkung ist nur einseitig, und zwar rechts. Das Radiusköpfchen steht hinten neben dem Olekranon. Außerdem vorhandene diverse Fingermissbildungen finden sich beiderseitig, nämlich: Adduktion des Daumenmetacarpus, Abduktion der Daumenphalangen, so wie Beugekontrakturen am 4. und 5. Finger. Dabei auch schlechte Ausbildung der Carpalknochen. Ätiologie auch hier wahrscheinlich wachsthumshemmende Druckverhältnisse in Folge von Amniosanomalien. Die bei der angeborenen Radiusverrenkung indess vorkommende Erblichkeit bleibt in ihren Ursachen dunkel.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

27) **E. Gallois et P. Piollet.** Les déchirures vasculaires par fractures fermées de la clavicule, à propos d'un cas d'anevrysme artério-veineux consécutif à une fracture indirecte de la clavicule droite.

(Revue de chir. 1901. No. 8.)

Das Studium der Litteratur zeigt die genannte Verletzung und ihre Behandlung in traurigem Licht. Auch der vorliegende Fall endigte mit Tod.

Es handelt sich um einen 25jährigen Mann, der am 2. Juli 1900 durch Sturz von einem Maulesel auf die rechte Schulter das entsprechende Schlüsselbein brach. Zuerst stellte sich Emphysem der Haut, nach dessen Resorption nach und nach eine große pulsirende Schwellung im Bereich der Verletzung ein, die am 19. September die Überführung des Kranken nach Lyon nöthig machte. Etwa 10 Tage vorher hatte man am Bruch eine Gelatineinjektion gemacht. Bei der Aufnahme bestand Fieber; die Injektionsstelle war entzündet, dessgleichen die Haut über

dem Aneurysma. Die Befürchtung, dass die Vereiterung desselben zur tödlichen Sepsis führen würde, verlangte chirurgisches Einschreiten.

Die aufregende Operation wurde mit Resektion des sternalen Fragments des noch nicht konsolidirten Schlüsselbeins begonnen, um die Art. subclavia der Unterbindung zugänglich zu machen. Weiteres Vorgehen auf diesem Wege wurde vereitelt durch die Ausdehnung der Suffusion und Ruptur des Sackes; dieser wurde breit gespaltet, was mit beunruhigender Blutung verbunden war. Nach und nach gelang ihre Stillung durch Einlegen von etwa 6 Klemmen auf die Vv. subclavia, anonyma und jugularis interna so wie Art. subclavia. 4 Stunden nach der Operation verstarb der Kranke. Die obigen Details konnten erst durch genaue Präparation an der Leiche festgestellt werden.

Verff. trugen 10 hierhergehörige Fälle aus der Litteratur zusammen (Subcut. fract. clavic. mit Gefäßverletzung). 5mal war die Art. subclavia, 6 mal die Vene, 3mal waren beide, mehrmals die Vena jugul. int. bezw. die Art. subscapularis angerissen. Die Mehrzahl der Gefäßverletzungen kommt durch indirekten Schlüsselbeinbruch zu Stande; die Gewalt des Stoßes war stets beträchtlich. Mit einer Ausnahme wurde nur eine Bruchlinie festgestellt, die von außen vorn nach innen hinten verlief. So ist es auch meist das äußere, stark zugespitzte Bruchstück, das die Verletzung der Gefäße verursacht. Durch Leichenversuche haben Verff. festgestellt, dass die Ausbiegung des Bruchstückes bis 5,5 cm betragen kann.

Die Behandlung dieser Aneurysmen soll eine chirurgische sein und mit Resektion des Schlüsselbeins beginnen, damit man, wenn möglich, zu den großen Gefäßstämmen kommen kann. Ist das unmöglich, muss man auf die Exstirpation des Sackes verzichten, so soll man ihn dreist öffnen und die blutenden Gefäße fassen. Verff. verwerfen die Behandlung mittels Gelatineinjektion.

Christel (Metz).

28) **A. Codivilla** (Bologna). Sulla rigenerazione del plesso brachiale e sulla neurorrafia.

(Clinica chirurgica 1900. No. 9 u. 10.)

C. berichtet über 5 Fälle von Nervennaht.

1) 15jähriger Junge, Schnitt in die rechte Achselhöhle, 3 cm lang, in querer Richtung, nahe am M. pectoralis major. Blutstillung. Am nächsten Tage die Radialis und Ulnaris pulslos. Leichte Fingerbeugung und -streckung möglich, Vorderarmbewegungen fehlen durchaus. Sensibilität fehlt an der Hand gänzlich, scheint an der Dorsalseite des Vorderarms vorhanden zu sein. Narkose: Die Arteria circumflexa anterior knapp am Ursprung durchschnitten, eben so die V. axillaris und kleinere Gefäße. Unterbindung der gestern gequetschten Arteria axillaris, doppelte Unterbindung der V. axillaris. Vom Plexus brachialis sind quer durchschnitten der N. musculo-cutaneus, die Radix externa des N. medianus und der Truncus anterior internus des Plexus (Ulnaris und Pectoralnerven). Die Nervenenden stehen etwa 1 cm von einander ab, lassen sich aber leicht näher bringen. Je drei Nähte (Pferdehaar), eine durch die ganze Dicke, zwei nur die Randpartien des Stumpfes fassend, vereinigen jeden Nerven. Dazu noch einige Nähte im paraneurischen Gewebe. Ringsherum Naht des Bindegewebes, Drainage. Nach 12 Tagen: die Wunde geheilt. Die Nerven weder faradisch noch galvanisch erregbar. Die Muskeln galvanisch erregbar, jene des Thenar und Vorderarmes zeigen Entartungsreaktion, der Biceps verminderte Erregbarkeit; der Pectoralis funktionirt gar nicht. Die Sensibilität der Hand an der Volarseite, in dem Medianusgebiet, an der Radialseite, eben so an der Radialseite des Vorderarms fehlt noch vollständig. — Nach 4 Wochen: Paralyse des Biceps, der Vorderarm- und Handmuskulatur im Gebiete des Medianus und Ulnaris. Die Sensibilität im gleichen Gebiete eben angedeutet. — Nach 2 Jahren: Geringe trophische Störungen der Haut; die Hand- und Vorderarmknochen sind auffällig kleiner. Die Muskeln sind im Ganzen rechts schwächer als links. Sämmtliche Gelenke frei beweglich. Deutlich ist die Schwäche der Mm. interossei und lumbricales. Die Bewegungen der Finger erfolgen etwas langsamer als links, die Kraft ist um die

Hälfte geringer. Sensibilität in jeder Hinsicht normal; eben so die elektrische Erregbarkeit.

2) Schrotschuss in die linke Ellbeuge. Die Radialis pulslos, die Hand und der Vorderarm an der Volar- und Ulnarseite anästhetisch, die Beweglichkeit nur im Radialisgebiet erhalten. Nach 9 Tagen Operation: Entfernung von Kugeln: Bloslegen der Nn. ulnaris und medianus. Ersterer intakt, aber in gequetschtem und infiltrirtem Gewebe, letzterer 2 cm über der Ellbeuge unterbrochen, 5 cm Distanz vom unteren Stumpf. Dieser lässt sich nur bis auf 4 cm annähern; Naht mit 2 dünnen Katgutfäden in der Längsrichtung. Hautplastik vom Thorax. — Nach 6 Jahren: Beweglichkeit kaum wiedergekehrt, Sensibilität bis auf die Spitzen des 2. und 3. Fingers normal.

3) 9jähriger Knabe. Schnitt unter der Mitte der Volarseite des linken Vorderarmes. Nach 3 Wochen: Beugung im Handgelenk schwach, Opposition des Daumens unmöglich, Bewegungen des 2. und 3. Fingers etwas behindert. Sensibilität im Medianusgebiet fehlt. Operation: Der N. medianus vollständig getrennt, die Stümpfe, 1 cm von einander, verdickt und in der Narbenmasse. Freilegung der Enden, Naht wie in Fall 1, doch mit Katgut. Nach 3 Jahren: Sensibilität und Motilität normal.

4) 26jähriger Mann. Schnitt knapp über dem linken unteren Ulnaende, der N. ulnaris durchschnitten. Naht. Nach 14 Tagen die Sensibilität wieder hergestellt, die Bewegungen beginnen. Nach 2 Monaten alles normal.

5) 40jähriger Mann. Quetschung an der Außenseite des Kniees. Nach 8 Moten: Absprengung des Fibulaköpfchens. Der N. peroneus elektrisch nicht erregbar, die Muskeln (Mm. peronei, tibialis anticus, extensor hallucis, extensor digr. comm.) zeigen Entartungsreaktion. Operation: Entfernung des Fibulaköpfchens. Die Nervenenden sind in der Narbe eingebacken und lassen sich nur auf 8 cm nähern. Das periphere Ende wird an den freigelegten und longitudinal angeschnittenen N. popliteus internus genäht. Nach 8 Monaten keine wesentliche Besserung.

C. hebt die Wichtigkeit der direkten Vereinigung besonders hervor und empfiehlt das Pferdehaar. **J. Sternberg** (Wien).

29) **J. Eversmann.** Über das Verhalten der Gelenkkapsel und der abgesprengten Epitrochlea bei der Luxation im Ellbogengelenk nach außen mit Interposition.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 528.)

E. berichtet über 2 einschlägige Fälle aus Sprengel's Hospitalabtheilung in Braunschweig. Beide betreffen Schüler, die beim Turnen gefallen waren. In Fall 1 war die Verrenkung deutlich nachweisbar gewesen und ärztlicherseits vor der Spitalaufnahme reponirt. Es hinterblieben starke Bewegungseinschränkungen und Sensibilitätsstörungen im Ulnarisgebiet. Starke Schwellung, Epicondylus int. fehlt, scheint im Gelenkspalt zu liegen, was das Röntgenbild bestätigt. In Fall 2 ist die voraufgegangene Verrenkung nicht sicher erwiesen; möglich, dass sie vom Turnlehrer durch passive Bewegungen reponirt wurde. Auch hier fehlt bei der Tastung der Epicondylus an normaler Stelle. Man kann ihn indess in Narkose durch geeignete Bewegungen in den Gelenkspalt ein- und wieder ausschlüpfen lassen. Die Behandlung bestand in beiden Fällen in Arthrotomie an der medialen Gelenkseite und Excision des Epicondylus, in Fall 1 gleichzeitig auch in Reposition des dislocirten Ulnarnerven. Naht, Heilung, völlige Herstellung der Funktion. Es handelt sich bei diesen Verletzungen, über die Sprengel bereits seine Dissertation geschrieben hat, um einen Einriss in der Gelenkkapsel, meist in der Richtung von innen oben über die mediale Leiste der Trochlea laufend, nach unten vorn in der Art, dass die abgerissene Epitrochlea gewissermaßen eine kleine, an einem breitbasig an der Ulna ansetzenden, langen Stiel anhaftende und daher sehr bewegliche Geschwulst darstellt. Der Stiel wird gebildet durch den medialen Kapseltheil mitsammt dem Lig. int. und den Muskelansätzen der Flexoren. Die Interposition dieser gestielten Geschwulst in den Gelenkspalt findet in verschie-



dener Weise und Vollständigkeit statt, so dass die Epitrochlea entweder an der Trochlea oder in der Cavitas sigmoidea ulnae liegt. In letzterem Falle zeigt sich der Weichtheilstiel des Knochentheiles nach hinten herumgerollt (vgl. 2 Fig.). Therapeutisch ist principiell, wie hier geschehen, Arthrotomie und Excision des abgesprengten Knochenstückchens rathsam. Für die Diagnose liegt die Nützlichkeit des Röntgenverfahrens auf der Hand. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

30) **A. Walravens.** Plastique italienne de la main.

Brüssel, **Hayer,** 1901. 8 S.

Pat., bei dem W. die italienische Handplastik machte, hatte etwa ein halbes Jahr vor der Operation eine Quetschung der rechten Hand erlitten. Nach Abheilung der primären Wunden in etwa 6 Wochen hatte er eine ganz verkrüppelte Hand: Der Daumen war dem Zeigefinger genähert und überbeugt. Der Zeige- und Mittelfinger standen halb gebeugt über einander, der Ring- und 5. Finger waren wenig gebeugt. Zu dieser Verkrüppelung kamen noch Substanzverluste und die Unmöglichkeit, Daumen und Zeigefinger zu strecken. Da der Versuch eines Redressements in Narkose scheiterte, wurden die narbigen Partien excidirt und der Defekt in mehreren Sitzungen durch Lappen aus dem Rücken mit temporärer Fixation der Hand am Rücken gedeckt.

Silberberg (Hirschberg i/Schl.).

31) **A. Nordmann.** Zur Kasuistik der Lymphcysten des Oberschenkels.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 572.)

Die 34jährige Pat. war vor 7 Jahren, wenige Tage vor einer Entbindung, ziemlich heftig auf die rechte Gesäßhälfte gefallen. Nachdem sie das Wochenbett verlassen, stellten sich Schmerzen in der gequetschten Gegend ein, die ärztlicher Behandlung trotzten und ein Jahr später von Entwicklung einer zunächst gänseeigroßen Geschwulst gefolgt wurden. Letztere wuchs in den folgenden Jahren vom großen Trochanter bis zur Kniekehle zu sehr bedeutender Größe heran, das Gehen immer mehr behindernd. Leicht auf der Unterlage beweglich, prall elastisch, stellenweise fluktuirend und von unveränderter, von spärlichen erweiterten Venen durchzogener Haut bedeckt, bot sie der Operation keine Schwierigkeit. Denn nach Spaltung der Haut war diese große Cyste leicht ausschälbar. Ihr oberer, ein fasciöses Band darstellender Stiel, welcher sich am großen Trochanter ansetzte, wurde durchtrennt, und lag hiernach die hintere Oberschenkelmuskulatur ohne jede Fascienüberlage frei da. Die genähte Wunde heilte anfänglich per primam, doch füllte sich die Wundhöhle unter der Narbe mit lymphatischer Flüssigkeit, die nun wochenlang sich reichlich entleerte. Diese Lymphorrhoe, gegen die Spülungen mit Jod- und Höllensteinlösungen wirkungslos waren, konnte erst durch Injektion einer 10%igen Zinkchloridlösung beseitigt werden, worauf nach verschiedentlicher Abscedirung und fistulöser Eiterung definitive Vernarbung eintrat. Der Cysteninhalt, ca. $1^1/_2$ Liter betragend, citronengelb, klar, alkalisch, Cholestearinkrystalle, so wie Rundzellen, Fetttröpfchen, Körnchen- und Spindelzellen enthaltend, beim Kochen gerinnend, war zweifellos Lymphe. Die exstirpirte Cyste war auf der Innenfläche mit Endothel ausgekleidet, ihre Wand, an der einige abgetrennte Muskelfasern hafteten, bestand aus derbem Bindegewebe, offenbar der aufgeblätterten und durch den Lympherguss aufgeblähten hinteren Oberschenkelfascie. N. nimmt an, dass durch die erlittene Gesäßkontusion außer einem Fascienriss eine Zerreißung größerer Lymphgefäße gesetzt worden war, deren Extravasate langsam die Bildung der Cyste vermittelten. Ein ganz analoger Fall scheint noch nicht beobachtet zu sein. Doch sind ähnliche Lymphextravasate übrigens von Morel-Lavallée, Gussenbauer u. A. beschrieben.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 47. **Sonnabend, den 23. November.** **1901.**

Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss der Stauung auf die Entwicklung des Knochencallus[1].

Von

Dr. **Anton Bum** in Wien.

Im Folgenden soll über die 1. Serie einer Versuchsreihe berichtet werden, welche ich vor mehreren Monaten im Institute für experimentelle Pathologie der Wiener Universität (Prof. R. Paltauf) unter Leitung und freundlicher Unterstützung des Herrn Prof. Biedl begonnen habe, Versuche, die derzeit noch nicht als abgeschlossen betrachtet werden können.

Die Anregung zu den von mir begonnenen Untersuchungen über den Einfluss der Stauung auf die Entwicklung des Callus von

[1] Nach einer der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien am 25. Oktober 1901 erstatteten »vorläufigen Mittheilung«.

Röhrenknochen haben die Arbeiten Bier's gegeben. An die Beobachtung Rokitansky's bezüglich der relativen Immunität Herzkranker und Kyphotischer gegen Tuberkulose der Lungen anknüpfend — eine Immunität, welche auf die Hyperämie der Lunge zumal bei Mitralinsufficiens zurückgeführt wurde —, hat Bier die künstliche Hyperämie, und zwar nach mehrfachen fruchtlosen Vorversuchen mit aktiver Hyperämie, die passive Hyperämie in Form von Stauung an den Extremitäten gegen Lokaltuberkulose angewendet und befriedigende, von zahlreichen Autoren (Buschke, Hamburger, Noetzel, Nassauer, Hildebrandt) bestätigte Resultate erzielt.

Es kann nicht die Aufgabe meiner heutigen Mittheilung sein, die Hypothesen anzuführen, welche die einzelnen Beobachter der Wirkungsart der Bier'schen Stauung zusprechen, und in die Diskussion hierüber einzutreten. Ich begnüge mich daher damit, den Standpunkt zu präcisiren, den Bier selbst in dieser Frage nunmehr einnimmt. Nach Bier ist es neben dem antiparasitären Einflusse der Stauung im Sinne der Selbsthilfe des Organismus gegen die Krankheitserreger zunächst die Bindegewebswucherung und Vernarbung bedingende Wirkung der Stauungshyperämie, welche hier die wichtigste Rolle spielt. Es handelt sich hierbei wohl um Erzeugung aseptischer Entzündung (P. Richter).

Es erschien nun naheliegend, den Einfluss dieses Verfahrens auf eine physiologische, in ihren einzelnen Stadien wohlstudirte Narbenbildung durch Knorpel- und Knochenproliferation, auf die Callusbildung nach subkutanen Frakturen von Röhrenknochen, zu erforschen, zu untersuchen, ob — wie die klinische Erfahrung erwarten lässt — die Callusbildung unter dem Einflusse der Stauung sich ändert, welche Stadien der Callusbildung es sind, die eine etwaige Änderung erfahren, und die histologischen Bilder kennen zu lernen, unter welchen sich die Callusbildung an gestauten Gliedern vollzieht.

Da war es denn von besonderem Interesse, eine Publikation Nicoladoni's aus dem Jahre 1875 heranzuziehen, welche sich mit dem von Dumreicher seit langer Zeit geübten allbekannten Verfahren der Pseudarthrosenbehandlung beschäftigt, dessen Methodik auf durch Bindeneinwicklung der Extremität und Anlegung keilförmiger graduirter Kompressen bewirkter venöser Hyperämie der Frakturstelle beruht. Auch das theoretische Raisonnement, welches dieser empirischen Methode zu Grunde gelegt wurde, so wie die klinischen Erfahrungen, die mit demselben gemacht worden sind, decken sich im Großen und Ganzen mit den heutigen Anschauungen über die Wirkungsweise der Bier'schen »Stauung«. »Durch das Dumreicher'sche Verfahren soll — sagt Nioladoni — eine größere Menge von Ernährungsmaterial der gefährdeten Stelle zugeleitet werden, damit die Gewebe in einen Zustand versetzt werden, in welchem sie zur Aufnahme des im Überfluss gebotenen Materials tauglicher sind. Die künstlich erzeugte und in Permanenz erhaltene

Hyperämie übt nach dem bekannten Zusammenhange zwischen Nahrungsaufnahme und Funktion einen Reiz auf die bei der Callusbildung betheiligten Gewebe aus, welche Angesichts des fortwährend reichlich zuströmenden Materials in die Lage versetzt werden, den Callus bis zu seinem Ausbau zu festigen.« (Nutritive Reizung Virchow's.) Die klinischen Erscheinungen, welche der mehrere Tage dauernden Applikation des Verbandes folgten, waren die der Entzündung. Helferich hat in der Folge durch Heranziehung der Esmarch'schen Einwicklung das Dumreicher'sche Verfahren technisch vervollkommnet.

Die Versuche, über welche ich heute zu berichten die Ehre habe, wurden zunächst an jungen Kaninchen vorgenommen. Es wurden beide Tibien der Hinterextremitäten in der Diaphyse glatt gebrochen und beiderseits Gipsverbände angelegt. Vom nächsten Tage an wurde Zwecks Vornahme der Stauung oberhalb des rechten Kniegelenks ein elastisches Band, welchem Behufs Vermeidung von Decubitus ein Stück Kalikobinde unterlegt worden war, täglich durch 1—2 Stunden applicirt. Leider erwiesen sich Kaninchen für unsere Zwecke untauglich, da sie zum Theil nach wenigen Tagen eingingen, zum Theil keinerlei Tendenz zu Callusbildung zeigten, auch wenn es gelang, sie 10—12 Tage am Leben zu erhalten. In allen Fällen zeigte die gestaute Extremität in ihren peripheren Partien mehr oder minder deutliches Ödem. Bei der Obduktion erwies sich die gestaute Seite viel blutreicher als die nicht gestaute. In einem Falle war bei der am 6. Tage post fracturam vorgenommenen Sektion und am 5. Tage der täglich durch 2 Stunden vorgenommenen Stauung eine auffallende Verdickung des Periosts der Tibia oberhalb der Frakturstelle an der gestauten Seite zu konstatiren.

Die weiteren Versuche wurden an jungen Hunden vorgenommen. Auch hier wurde die Fraktur an beiden Tibien diaphysal und subkutan möglichst glatt erzeugt, Gipsgehverbände angelegt und vom nächsten Tage an das Stauungsband knapp oberhalb des rechten Kniegelenks täglich durch 1—1$^1/_2$ Stunden applicirt. Die Gipsverbände wurden, so oft dies nöthig war, in ihren äußeren Schichten erneuert.

Von den Thieren dieser 1. Versuchsreihe waren 7 verwerthbar. Dieselben ergaben eine Versuchsdauer von 11—32 Tagen. 3 gingen am 11., 12. und 17. Tage post fracturam spontan ein, 2 an den Folgen von Phlegmonen der Pfote der gestauten Extremität, eins an Pneumonie. Die restlichen Thiere wurden am 12., 20., 23. und 32. Tage post fracturam getödtet.

Die Nekroskopie ergab in allen Fällen einen auffallenden Blutreichthum der Weichtheile der gestauten Seite. Die Muskulatur war tiefroth gefärbt. In allen Fällen fand sich seröse Imbibition des subkutanen und intermuskulären Bindegewebes an den peripheren Partien der gestauten Seite. In 4 von 7 Fällen ist es zu Cirkulationsstörungen höheren Grades — von ödematöser Schwellung bis zu

Callus am 23. Tage post fract. tibiae.

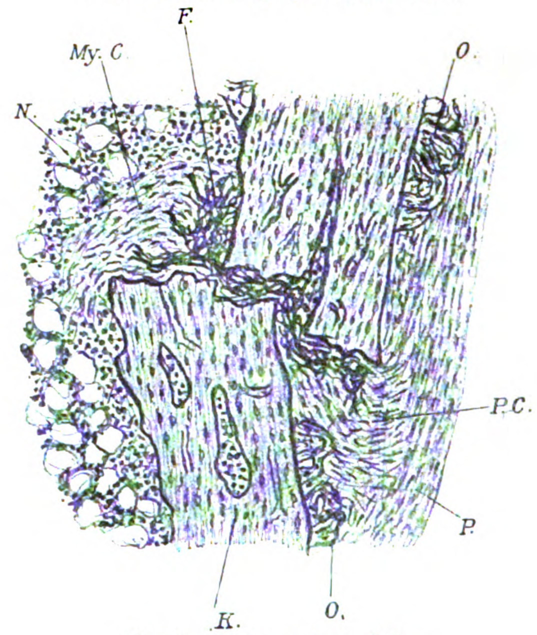


Fig. 1. Nicht gestaute Seite.

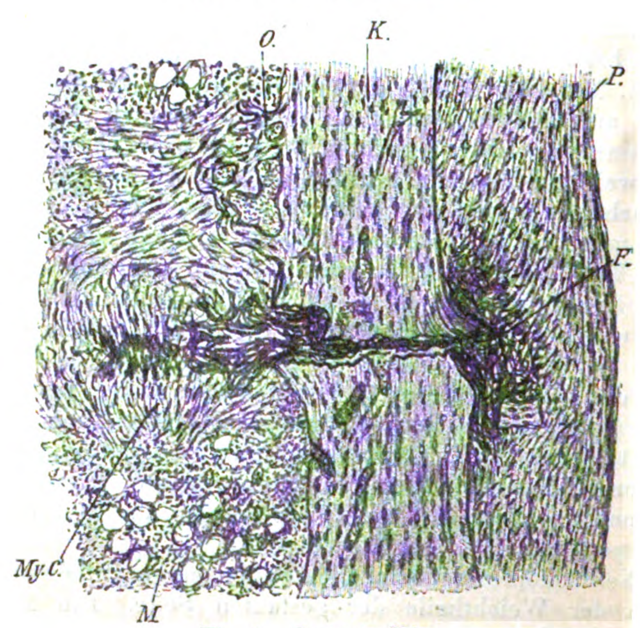


Fig. 2. Gestaute Seite.

F. = Fibrinreste. *I.* = intermediärer Callus. *K.* = fraktur. Knochen. *Kn.* = Knorpel. *M.* = Markraum. *My.C.* = myelogener Callus. *O.* = Osteoblasten. *P.C.* = Primärer Callus. *P.* = Periost. *V* = Verkalkung.

Callus am 11. Tage post fract. tibia.

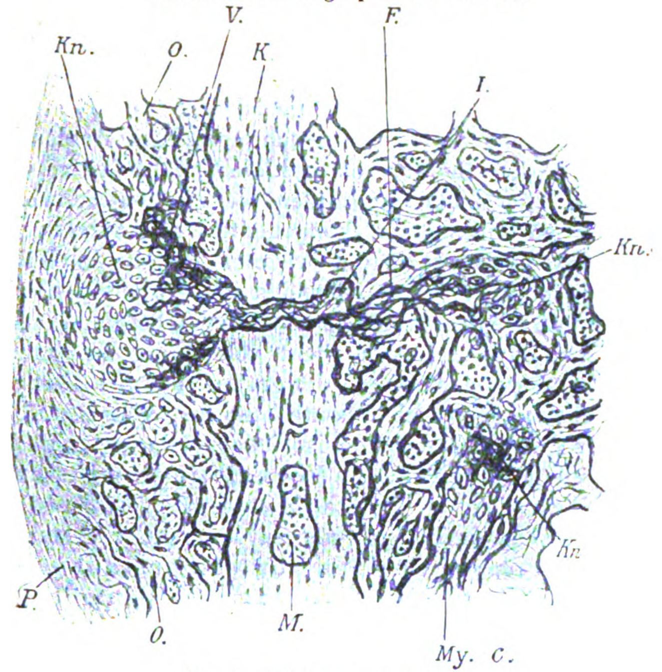


Fig. 3. Nicht gestaute Seite.

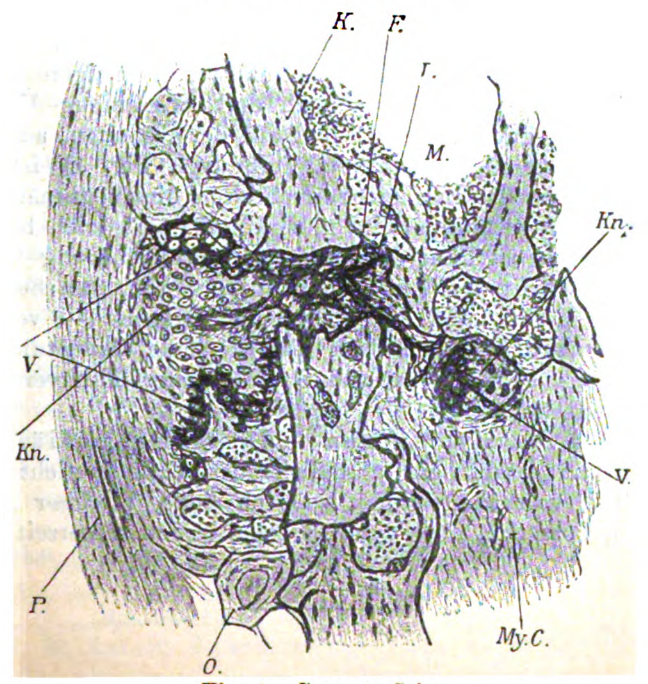


Fig. 4. Gestaute Seite.

suppurativer Phlegmone — der Pfote der gestauten Seite gekommen, welcher 2 Versuchsthiere am 11. resp. 17. Versuchstage erlegen sind.

In 5 Fällen konnte schon makroskopisch mächtigere Callusbildung und größere Festigkeit der Knochennarbe an der gestauten Seite konstatirt werden, als an der nicht gestauten.

Der Schwerpunkt meiner Untersuchungen liegt fraglos im histologischen Befunde. Bei der relativ kleinen Zahl der verwerthbaren Versuchsthiere, Angesichts der großen technischen Schwierigkeiten, welche sich einer vollkommen kongruenten Frakturerzeugung und ganz gleichmäßigen Retention der Fragmente an beiden Tibien jedes Versuchsthieres entgegenstellen, bei den Komplikationen, die einerseits aus dem Allgemeinbefinden der Versuchsthiere, andererseits aus dem Zustandekommen von nicht vollständig zu vermeidenden schwereren Cirkulationsstörungen der gestauten Extremität resultiren, halte ich es für geboten, mich heute sehr reservirt zu äußeren.

Über jeden Zweifel erhaben ist jedoch die ausnahmslos wahrzunehmende vorgeschrittenere Verkalkung und Ossifikation des periostalen Callus der gestauten Seite. In allen Fällen erwies sich derselbe mächtiger als auf der nicht gestauten Seite. Die erhaltenen Präparate zeigen für die gestaute Seite den Callus in einem vorgeschritteneren Stadium als für die nicht gestaute Extremität.

Insbesondere verweise ich auf den Versuch, dessen Knochenschnitte in Fig. 3 und 4 reproducirt sind, ein Versuch, dessen Ergebnis um so bemerkenswerther erscheint, als auf der nicht gestauten Seite die Bedingungen für die Callusbildung (glattere Bruchfläche, bessere Adaption und Retention) viel günstigere waren, als auf der gestauten Seite. Aber auch dort, wo andere Verhältnisse vorlagen, glatte, gut retinirte Brüche auf der gestauten, ad latus verschobene auf der nicht gestauten Seite (vgl. Fig. 1), ist bez. des periostalen Callus das raschere Fortschreiten dieser primären Callusbildung auf der gestauten Seite unverkennbar, obgleich bekanntlich leichte Dislocatio ad latus die periostale Verknöcherung begünstigt.

Der Fortschritt der Vernarbung auf der gestauten Seite betrifft — nach den Ergebnissen der bisherigen Versuche — vornehmlich den periostalen Callus, dessen überwiegende Bedeutung für die Frakturheilung P. Ziegler auf Grund seiner Thierversuche erst jüngst hervorgehoben hat.

Bezüglich des myelogenen und des intermediären Callus kann ich mir derzeit ein abschließendes Urtheil nicht erlauben. Weitere Thierversuche werden, wie ich hoffe, hierüber Aufschluss verschaffen, Versuche, über deren Ergebnisse ich seinerzeit berichten werde.

---

1) **Jordan** (Heidelberg). Über die Ätiologie des Erysipels und sein Verhältnis zu den pyogenen Infektionen.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 35.)

Auf Grund seiner eigenen und der von anderen Forschern gemachten klinischen Beobachtungen, so wie der Thierversuche dieser letzteren, hält J. an seiner schon vor Jahren ausgesprochenen Behauptung fest, dass das Erysipel ätiologisch keine specifische Erkrankung sei, außer durch Streptokokken, die gewöhnlichen Erreger, auch durch Staphylokokken erzeugt werden könne. Die Frage, ob auch die übrigen Eitererreger, Pneumokokken, Bacterium coli, Typhusbacillen, mit denen ersteren am Kaninchenohr typisches Erysipel hervorgerufen werden kann, beim Menschen Erysipel zu erzeugen vermögen, lässt er zunächst noch offen. J. sieht die verschiedenen Formen, in denen das Erysipel auftritt, lediglich als Intensitätsstufen derselben Erkrankung an, gleich wie auch die akute Osteomyelitis, mit der es weitgehende Analogie zeige, solche durch Differenzen in der Virulenz der pyogenen Mikroben und durch Verschiedenheiten in der Widerstandsfähigkeit der Gewebe bedingte Varietäten des klinischen Bildes darbietet.

Kramer (Glogau).

---

2) **Polak.** Die Desinfektion der schneidenden chirurgischen Instrumente mit Seifenspiritus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 36.)

Der Spiritus sap. kalinus tödtet innerhalb 15 Minuten den an Instrumenten getrockneten Staphylococcus. Auch für die mechanische Reinigung ist er ein ausgezeichnetes Mittel, wenn man nur die Reinigung sorgfältig ausübt und mindestens $^1/_2$ Minute fortsetzt. Diese mechanische Reinigung geschieht nicht nur durch ein mit Spiritus sap. getränktes Läppchen, sondern auch durch das Anschwellen und Lockern von Blut und Eiter im Seifenbade. Diese kombinirte chemische und mechanische Wirkung ist für die Desinfektion der schneidenden Instrumente zu empfehlen. Letztere büßen nichts an ihrer Schärfe ein. Nach jeder Operation werden die schneidenden Instrumente während mindestens 15 Minuten in den Spiritus sap. gelegt und dann gründlich gereinigt. Eben so werden sie vor jeder Operation durch 15 Minuten eingelegt und mit einem sterilen leinenen Läppchen dann vorsichtig abgerieben. Ferner kann man die Seife durch 50%igen Alkohol oder durch eine sterile Borsäurelösung beseitigen. Von großem Vortheil ist es, die Instrumente vor und sofort nach dem Gebrauch in 3%ige sterile Borsäurelösung zu legen.

Borchard (Posen).

---

3) **Krecke** (München). Das Vioform, ein neues Jodoformpräparat.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 33.)

Auch K. hat in dem bereits von Tavel bewährt gefundenen Vioform (Jodchloroxychinolin) ein vollwerthiges Ersatzmittel des Jodo-

forms kennen gelernt, das niemals allgemeine und örtliche Nebenwirkungen hervorgerufen hat und außerdem noch den Vortheil völliger Geruchlosigkeit hat. Bei tuberkulösen Erkrankungen erwies sich das Mittel dem Jodoform durchaus ebenbürtig, nach Operationen am After, an den Harnorganen, Genitalien etc., so wie bei Ulcus molle von günstigster Wirkung; die Reinigung und Trockenlegung der Wunden erfolgte unter Tamponade mit Vioformgaze rasch, eine Infektion da, wo solche nach Lage der Wunde leicht möglich war, in keinem Falle.

Kramer (Glogau).

---

4) **K. Sapejko** (Kiew). Contribution à l'étude de la resection du ganglion de Gasser.

(Revue de chir. 1901. No. 9.)

S. beschäftigt sich zuerst eingehend mit der Frage, warum sowohl nach Thiersch's Resektionsmethode als auch nach der Exstirpation des Gangl. Gasseri so zahlreiche Recidive der Trigeminusneuralgien eintreten. Den Hauptgrund für letztere sieht er in der Unvollständigkeit der Exstirpation, indem häufig die fest am Sinus cavernosus haftende I. Portion zurückgelassen wird, welche die relativ frühzeitige Regeneration des Ganglion und seine Wiedervereinigung mit den peripheren Nervenstümpfen bezw. ihren Anastomosen gestattet.

Die Technik der Operation — sowohl nach Quénu als nach Horsley-Krause — biete so viel technische Schwierigkeiten, so ungenügenden Raum, dass die Eingriffe unsicher und unvollständig werden müssen. Die große Tiefe, die oft kaum, auch gar nicht zu stillende Blutung, die ermüdende und gefährliche Kompression des Gehirns mittels Deckhebels — das sind die Klippen, an denen bisher in so vielen Fällen der definitive Erfolg scheiterte.

S. hat sich nun folgendes Operationsverfahren ausgearbeitet: Er beginnt mit der Unterbindung der Carotis externa und lässt diese Wunde offen für nachherige Drainage. Dann wird ein Haut-Knochenlappen von 4 cm Radius umschnitten, dessen Mittelpunkt in der Mitte des Arcus zygomaticus liegt. Dieser wird durchschnitten, der Lappen heruntergeschlagen. Der Zugang zu den Forr. rotund. und ovale wird mittels Lüer'scher Zange vervollständigt. Es folgt Tamponade während mehrerer Minuten, worauf der Kopf zum leichteren Abfluss des venösen Blutes in mehr senkrechte Lage gebracht wird. Nunmehr wird ein elastischer Hebel angeschraubt, welcher einerseits einen Assistenten entlastet, zweitens gleichmäßig und ohne Verschiebung das Hirn vom Boden abhebt. Es folgt die Eröffnung der Kapsel des Ganglion, welches von seinen Anheftungen gelöst, möglichst vom centralen Ende her herausgedreht wird, damit es mit den Nervenstämmen in Verbindung bleibt. Diese werden einzeln der Reihe nach mit Thiersch'scher Pincette herausgedreht so weit als möglich. Auf diese Weise ist eine radikale Entfernung des Ganglion

gesichert und einer Wiedervereinigung etwaiger Reste mit den Nervenstümpfen vorgebeugt.

Krankengeschichten fehlen. Es sei noch hinzugefügt, dass Verf. auch die Frage diskutirt, ob die Neuralgien centralen oder peripheren Ursprungs seien; er neigt sich letzterer Annahme zu in all den Fällen, wo nur 1 oder 2 Äste des N. trig. ergriffen sind.

Christel (Metz).

---

5) **G. Heermann.** Welche therapeutischen Maßnahmen indicirt der Menière'sche Symptomenkomplex?

(Therapie der Gegenwart 1901. September.)

Verf. stellt den Symptomenkomplex der zuerst von Menière im Jahre 1861 beschriebenen und nach ihm benannten Krankheit zusammen und weist darauf hin, dass nach der 1. so wie 10 weiteren Publikationen derartiger Krankheitsfälle durch Menière in der in der Folgezeit seitens der Otologen eine ganze Reihe ähnlicher Fälle als Menière'sche Krankheit aufgefasst wurden, die es eigentlich nicht waren. Eine engere Umgrenzung des Krankheitsbildes fand durch v. Frankl-Hochwart statt. Den heutigen Standpunkt präcisirt Verf. dahin, dass die Menière'sche Krankheit auf einem Grenzgebiete zwischen Otologie und Neurologie stehe, indem die Symptome zum Theil auf ein Ohrenleiden, zum Theil auf ein Nerven- oder Allgemeinleiden zurückzuführen seien. Hinsichtlich der Therapie beschränkt sich H. darauf, einige Maßnahmen bei 3 in das Gebiet der Ohrenheilkunde schlagende Kategorien der Menière'schen Krankheit anzugeben:

1) Apoplektiforme Taubheit (echter Menière'scher Anfall). Seltenste Art. Die Ohrensymptome stehen im Vordergrund. Starkes Schwindelgefühl und Übelkeit. Erleichterung wird erzielt durch gerade Rückenlage mit erhöhtem Oberkörper, lokale Blutentziehung oder Eisblase, psychische Beeinflussung, innerliche Darreichung von Brompräparaten. Kein Chinin! Bei Zeichen von Lues antiluetische Behandlung. Das Hörvermögen wird bisweilen gar nicht gebessert, bisweilen wieder hergestellt.

2) Ausgangspunkt ist eine chronische Mittelohreiterung; meist usurirt ein Cholesteatom den horizontalen knöchernen Bogengang.

In solchen Fällen sind Ätzungen granulirter oder polypöser Partien in der Paukenhöhle vom Gehörgang aus oder forcirte Ausspritzungen zwecklos oder gar schädlich. Helfen kann nur die operative Freilegung des arrodirten Bogenganges.

3) Ausgangspunkt ist ein chronischer, trockener, nicht eiteriger Mittelohrkatarrh. Behandlung im Beginn durch Luftduschen (Katheter oder Politzer'scher Ballon), Breitung'sche Vibrationsmassage des Trommelfells, Luftverdünnung im äußeren Gehörgang, Lucae'sche Drucksonde. Später subkutane Injektionen einer 2%igen Pilokarpinlösung $^1/_{10}$—$^7/_{10}$ Pravazspritze, jeden Tag um $^1/_{10}$ Spritze steigend, bis Schweißsekretion eintritt. Bei Misserfolgen, d. h. Ausbleiben der

Schweißsekretion und lästigem Speichelfluss die doppelte Dosis innerlich in warmem Fliederthee. Bettruhe! Kontraindikationen gegen Pilokarpin sind Herzfehler, Arteriosklerose und Fettleibigkeit.

Die letztgenannten therapeutischen Methoden empfiehlt Verf. auch für die apoplektiforme Taubheit. Nebenher kommen Jodkali und Schmierkuren bei Lues, Lithiumpräparate (Piperazin) bei Gicht in Betracht. Vor Chinin und Salicylpräparaten warnt Verf., weil dieselben labyrinthäre Hyperämien und Hämorrhagien hervorrufen.

Bei alten chronischen Mittelohrkatarrhen bleiben die genannten Maßnahmen hinsichtlich des Hörvermögens ohne Erfolg, die Menière-schen Symptome dagegen sollen günstig beeinflusst werden.

Silberberg (Hirschberg i/Schl.).

---

6) **Stanculéanu** et **Depoutre.** Étude anatomique des groupes cellulaires postérieures de la mastoide.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris T. III. No. 5.)

Es ist von Wichtigkeit, die Distanz des Sulc. sigmoid. vom Antr. mastoid., so wie den Zellen genau zu kennen, welche rückwärts vom Antrum das Temporale durchsetzen. Deren giebt es 3 Gruppen: hintere, hintere obere und -untere, von denen einzelne bis an die Sut. occip.-temporalis heranreichen. Bei etwa 100 untersuchten Schläfenbeinen hat sich nun herausgestellt, dass, während die Wand des Sinus vom Antrum 7—8, seltener nur 4 mm entfernt bleibt, die Cell. mastoid. poster. oft nur durch eine außerordentlich dünne Knochenlamelle von jener getrennt sind. Sie sind es darum vornehmlich, welche die Entzündung des Antrum nach dem Sinus fortleiten.

Christel (Metz).

---

7) **W. Merkens.** Über die beim otitischen Abscess des linken Schläfenlappens auftretenden Störungen der Sprache.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 417.)

M. hat versucht, durch Vergleichung von 25 genau beobachteten Fällen von Aphasie bei linksseitigem Schläfenabscess nach Otitis die Specialcharakteristica dieser Art von Aphasie zu bestimmen. Indem er die Ausdrücke »Wortstummheit« als allgemeine Bezeichnung für Störungen der Lautsprache in der Expression, »Worttaubheit« eben so für Störungen der Lautsprache in der Perception, »Agraphie« für Störungen der Schriftsprache in der Expression, »Alexie« für Störungen der Schriftsprache in der Perception gebraucht, fand er notirt:

Wortstummheit in 100%, Worttaubheit in 32%, Störung beim Nachsprechen in 8%, Schreibstörung in 28%, Lesestörung in 36%, Seelenblindheit (angedeutet) in 16% der Fälle. Nur ausnahmsweise sind die Sprachcentra selbst geschädigt, in der Regel dagegen die Leitungsbahnen, und zwar in erster Linie diejenigen, welche das Klangbildcentrum mit dem Begriffscentrum verbinden. Seltener be-

steht eine Bahnunterbrechung zwischen Klangbildcentrum und Schriftbildcentrum. Man hat daher bei Verdacht auf Schläfenlappenabcess zuerst zu prüfen, ob Pat. vom Begriff her ungestört reden kann, d. h. ob er beim spontanen Sprechen anstandslos die richtigen Worte findet, und vor allen Dingen, ob er im Stande ist, Begriffe, die durch Sinneseindrücke erregt werden, präcise zu bezeichnen. Sodann hat man zu prüfen, ob das Verständnis für die Lautsprache erhalten ist. Endlich folgt die Untersuchung der Schriftsprache. Bezüglich der Entwicklung der Einzelheiten der Auseinandersetzung nebst mehreren Schemata zur Verdeutlichung der verschiedenen Bahnen zwischen der anzunehmenden Centra ist das Original zu vergleichen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

8) **F. Lagrange** (Bordeaux). Héteroplastic orbitaire par la greffe d'un oeil de lapin dans le capsule de Ténon.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 111.)

Es ist bekannt, dass nach Enukleation eines Auges der Stumpf sich wenig für Einlegen eines künstlichen Auges eignet. Die Versuche, die mechanischen Verhältnisse durch Einheilen eines Fremdkörpers in die Tenon'sche Kapsel zu bessern, haben nur selten befriedigende Resultate ergeben; meist kam es zu schweren entzündlichen Erscheinungen und Ausstoßen des Fremdkörpers. — L. versprach sich bessere Ergebnisse, wenn er an Stelle todter lebende Fremdkörper implantirte. Versuche mit Knochen schlugen fehl. Gute Erfolge erzielte er dagegen mit Implantation frisch exstirpirter Kaninchenaugen in 3 von 4 Fällen. Für die Technik der Operation empfiehlt er die Beachtung folgender Punkte: 1) Bei der Enukleation werden sofort die geraden Augenmuskeln sämmtlich durch je eine Fadenschlinge an der Retraktion verhindert. 2) Die Blutstillung muss ganz exakt sein. 3) Man wähle das Auge eines kleinen oder doch nur mittelgroßen, noch jungen Kaninchens, das man unter Wahrung strengster Asepsis exstirpirt. 4) Nach seiner Einlegung in die Tenon'sche Kapsel werden die Muskeln über ihm exakt ausgebreitet und durch Naht vereinigt. 5) Darüber näht man die Conjunctiva und beendigt die Operation 6) durch einen aseptischen Occlusivverband.

Reichel (Chemnitz).

---

9) **V. Hinsberg.** Über Augenerkrankungen bei Tuberkulose der Nasenschleimhaut und die Milchsäurebehandlung der letzteren.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. XXXIX. Hft. 3.)

Die vorliegende Arbeit liefert wieder einen prägnanten Beweis dafür, wie eng der Zusammenhang zwischen Erkrankungen der Nase und des Auges ist; wenn auch in den letzten Jahren hier und da darauf hingewiesen wurde, so verdienen doch gerade die hier aufgeführten Fälle eine besondere Beachtung: Von 9 in der Breslauer

*



Klinik beobachteten Fällen von Nasentuberkulose wurden bei fünf Affektionen der Thränenorgane, der Conjunctiva oder der Cornea von specialistisch-fachmännischer Seite nachgewiesen. 3mal war die Augenaffektion gleichfalls tuberkulös, 1mal bestand Dakryocystitis mit Phlyktaenen (Skrofulose?), 1mal Dakryocystitis allein. Es besteht, wie Verf. mit Recht betont, kein Zweifel, dass eine Tuberkulose der Nasenschleimhaut für den Träger von eminenter Gefahr ist durch die Möglichkeit der Infektion der Umgebung, sowohl des Auges, als auch durch Vermittlung des Nasen-Rachenraumes, des Kehlkopfes und der tieferen Abschnitte der Respirationswege. Zur Behandlung empfiehlt H. nach Abtragung der Granulationen mittels Schlinge oder Curette aufs wärmste die Milchsäure; und zwar legt er in Milchsäure, der etwas Jodoformbrei zugesetzt ist, getränkte Tampons ein und lässt dieselben bis zu 3 Stunden liegen. Die Koncentration wird bis zu 80% gesteigert. Wenn auch Verf. schon in relativ kurzer Zeit ausgezeichnete Erfolge sah, so legt er doch das Hauptgewicht auf eine längere Zeit systematisch durchgeführte Behandlung. **E. Alexander** (Frankfurt a/M.).

---

10) **Wells.** The after-treatment of operation on the nasal accessory sinuses.

(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 4.)

Verf. hat die trockene und feuchte Methode der Nachbehandlung angewandt. Als Spülmittel bei letzterer verwendet er neuerdings nur Protargol als Antisepticum, zum Entfernen von Sekret und Auflösen von Krusten u. dgl. alkalische Lösungen.

Folgende Sätze stellt er auf:

1) Ursache dauernder Eiterung können sein konstitutionelle Erkrankung, unvollständige Operation, Polypen oder Verstopfung des Abflussweges, Eiterung der Nebenhöhlen.

2) Bei der Nachbehandlung ist eben so viel Gewicht zu legen auf das Allgemeinbefinden wie auf lokale Behandlung mit antiseptischen Spülungen. Die Nasengänge müssen freigehalten werden.

3) Die Stirnhöhleneiterung bedingt häufig Kieferhöhleneiterung, Siebbeinzelleneiterung beide.

4) Unvollständige Entfernung kranken Gewebes aus den Nebenhöhlen verursacht oft Fortbestehen der Eiterung, daher öfter Wiederholung der Ausschabung in solchen Fällen nöthig.

5) Trockene Nachbehandlung ist fehlerhaft, weil die Sekrete nicht entfernt, sondern erst recht zum Eintrocknen gebracht werden.

6) Häufige und vollständige Ausspülungen sind die beste Art der Nachbehandlung. Protargol, 2—5%, als Spülung abwechselnd mit Auswischen mit 20—40%iger wässriger Glycerinlösung geben die besten Erfolge.

7) Unmittelbar nach der Operation Tamponade mit Jodoformgaze für 36—48 Stunden, dann tägliche, später alle 2 Tage Spülungen, alle 5—6 Tage Auswischen mit oben genannten Lösungen.

Trapp (Bückeburg).

---

11) **Moty.** Accidents de la dent de sagesse.

(Revue de chir. 1901. No. 5—7.)

Eine eigenthümliche Erscheinung ist der späte Durchbruch der Weisheitszähne; er ist bedingt sowohl durch Raummangel, der erst beseitigt wird durch die langsame Streckung besonders des Unterkiefers im Wachsthum, als auch durch größere Dicke des zu durchbrechenden Knochenbetts.

Die Entwicklung der Weisheitszähne kann mehrerlei Störungen erfahren: rein formativer Natur können sie in mangelhafter Ausbildung bis zum völligen Fehlen ihren Ausdruck finden. Der langsamere, vielen Schädigungen ausgesetzte Durchbruch bedingt oft das Auftreten leichter Reizungserscheinungen, Migränekopfweh, Schwellung des Zahnfleisches, leichten Trismus. Parotisschwellung, Phlegmone, Fistelbildung durch Osteoperiostitis können sich dazugesellen, wenn z. B. die benachbarten Zähne kariös sind.

Im Wesentlichen kommen jedoch diese schweren Krankheitsprocesse der folgenden Entwicklungsstörung zu, welche M. als Einschluss von Keimepithel aufgefasst wissen will: ostitische, phlegmonöse, häufig recidivirende Anfälle mit Einschmelzung des Knochens, bei denen man als Ausgangspunkt epitheliale Granulationen im Zahnkanal findet — was M. mehrfach gelungen ist —, und bei denen der Eiter, welcher oft nur in wenigen Tropfen vorhanden ist, steril gefunden wird.

Dem entsprechend hat sich die Therapie, welche im ersten Falle oft durch Skarifikation bezw. Ätzung mit Salicylalkohol Heilung bringt, bei dem Vorhandensein epithelialer Einschlüsse gegen diese zu wenden und sie durch Auskratzung zu entfernen. In manchen Fällen von Fistelbildung wird dies mit Erhaltung des Zahnes geschehen können; bei Recidiven muss er geopfert werden.

Tritt jedoch Caries der Weisheitszähne ein, die zu schwersten Phlegmonen etc. führen kann, ist von vorn herein die Entfernung der kranken Zähne geboten.

Meist werden die Krankheitserscheinungen leicht zu deuten sein. Dagegen wird die Diagnose in all den Fällen auf Schwierigkeiten stoßen, wo der Weisheitszahn völlig im Zahnkanal eingeschlossen, also überhaupt nicht sichtbar ist. Hier kann oft erst durch theilweise Resektion des Alveolarfortsatzes die richtige Ursache erkannt, der eingeschlossene Zahn entfernt werden.

Instruktive Krankengeschichten sind mehrfach eingeflochten. Genaue Beschreibung der Technik, deren sich M. bei der Entfernung des Weisheitszahnes bedient, schließt die ausführliche Arbeit.

Christel (Metz).

---

12) **E. J. Moure.** Abcès amygdaliens et péri-amygdaliens, diagnostic et traitement.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1901. No. 36.)

So bekannt und viel erörtert obiges Thema scheine, so herrsche doch wenigstens Betreffs der peritonsillären Abscesse und besonders ihrer Lokalisation noch nicht genügende Klarheit. Der auf die Mandel Anfangs beschränkte Process schreite gewöhnlich erst nach einigen Tagen auf die Umgebung fort und unterscheidet Verf. je nachdem: 1) die vorn oben gelegenen peritonsillären Abscesse (unter 46 Fällen 26mal). 2) Die hinteren (unter 46 Fällen 12mal), so dass die Infiltration dem hinteren Gaumenbogen entspricht und vorn die oft kaum geröthete Mandel trägt; falls keine Entleerung erfolgt, kann noch ein Fortschreiten nach vorn oben stattfinden, so dass 1) event. 2) kombinirt erscheinen. 3) Die äußeren, die viel seltener (unter 46 Fällen 2mal) auftreten, aber viel schwerere Erscheinungen, wie Drüsenschwellung, Nackensteifigkeit, Mundsperre machen. Wenn diese Abscesse auch in die seitliche Rachengegend sich verbreiten können, so brechen sie doch meist nach der Mundhöhle zu auf, da der Weg nach außen durch die Aponeurose mehr Widerstand bietet. Verf. empfiehlt, nicht länger als 4 Tage mit der Eröffnung zu warten, und zwar wendet er den Galvanokauter an, der aseptisch und weniger schmerzhaft sei; es folgt eine genaue Beschreibung, wie bei den einzelnen Gruppen die Eröffnung vorzunehmen ist, so wie einige Bemerkungen über die Nachbehandlung.

F. Alexander (Frankfurt a/M.).

---

13) **C. J. Harnett.** Notes on tubercular disease of the lymphatic glands in the neck.

(Guy's Hospital resports Vol. LV. London, **J. & A. Churchill,** 1901.)

Die Arbeit verwerthet die Erfahrungen, welche H. in $1^1/_2$jähriger Thätigkeit als Hausarzt des Royal Sea Bathing Hospital in Margate gesammelt hat und gründet sich auf etwa 200 Einzelbeobachtungen.

Nach einem Versuch, die tuberkulösen Erkrankungen der Halsdrüsen in 5 verschiedene Gruppen einzutheilen, verbreitet Verf. sich zunächst über die Vorzüge einer diätetisch-hygienischen Behandlung an der Seeküste und speciell in Margate. Die folgenden Ausführungen über die chirurgische Behandlung des Leidens tragen einen durchaus subjektiven Charakter und fordern den Chirurgen in nicht wenigen Punkten zum Widerspruch heraus. So, wenn H. die großen vertikalen Incisionen zu Gunsten kleiner, transversaler verwirft, wenn er von Drüsen, welche festere Verwachsungen mit den großen Gefäßen eingegangen sind, Stücke zurücklassen will, wenn er nach Ausschabung verkäster Drüsen zu exakter Naht der Hautwunde räth etc. Man merkt diesem Abschnitt der Arbeit auch an der Überschätzung der Operationsgefahren und an der besonderen Betonung von Vorsichtsmaßregeln, die jedem Chirurgen als etwas

Selbstverständliches geläufig sind, an, dass die Arbeit vom badeärztlichen und nicht vom chirurgischen Standpunkt geschrieben ist. Dass dieser Umstand den Werth derselben in mancher anderen Hinsicht nicht herabsetzt, bedarf keiner besonderen Versicherung.

R. v. Hippel (Kassel).

---

14) **M. Katzenstein.** Beitrag zur Pathologie und Therapie der Spina bifida occulta.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIV. Hft. 3.)

K. veröffentlicht 2 interessante Fälle von Spina bifida occulta mit genauer Beschreibung der anatomischen Verhältnisse am Ort der Missbildung und mit Schilderung der sonstigen Veränderungen, der Lage- und Stellungsanomalien an den unteren Extremitäten, der trophischen Störungen und Funktionsanomalien von Blase und Mastdarm. Er bespricht die verschiedenen Theorien über die Entstehung dieser Hemmungsmissbildungen. Hier spielen die Anschauungen Virchow's und v. Recklinghausen's die wichtigste Rolle, von denen der Erstere amniotische Stränge und Entzündungsprocesse zur Erklärung mit heranzieht, während Letzterer ein Missverhältnis zwischen dem Wachsthum der Wirbelsäule und des Rückenmarks annimmt. K. selbst hält dagegen die Meinung Ranke's für die wahrscheinlich das Rechte treffende, das nämlich die mangelhafte Trennung des Hornblattes vom Medullarrohr die primäre Ursache dieser Missbildung sei.

Besonders wichtig und hervorzuheben ist nach Verf. Ansicht, dass die schweren auf centralen Veränderungen beruhenden Störungen bei Spina bifida occulta erst zur Zeit des größeren Körperwachsthums zwischen dem 9. und 17. Jahre auftreten. Als Ursache hierfür sieht K. die Verwachsungen der Haut mit dem Rückenmark an. Durch den Zug, welcher beim Wachsthum des letzteren von der Haut ausgeübt wird zur Zeit der Zunahme der Körpergröße, muss das Rückenmark in die Länge gezogen und sein Querschnitt gedehnt werden. Je größer das Körperwachsthum ist, um so ungünstiger die Wirkung.

Was die Prognose der Spina bifida betrifft, so ist sie nur ungünstig für die mit trophischen Störungen, Geschwüren etc. behafteten Individuen, wie für die Pat. mit Blasenstörungen, denen dauernd die Gefahr einer Sepsis droht. Die sekundären Störungen sind nicht beeinflussbar, wenn sie fötaler Natur sind oder durch jahrelang bestehende Rückenmarksveränderungen hervorgerufen werden. Dem Verf. glückte es, durch Exstirpation des Verbindungsstranges zwischen Haut und Rückenmark eine seit 6 Jahren bestehende Blasen-Mastdarmstörung und volle Incontinentia urinae zur Heilung zu bringen. Sonst sind nur noch 2 Fälle in der Litteratur bekannt, bei denen Zwecks Beseitigung der Sekundärstörungen operativ eingegriffen wurde. Interessant sind die Beziehungen der Spina bifida occulta zu einer Meningocele. Im Falle Verf.s hat sich eine solche im fötalen Leben spontan entleert; in Folge von Entzündungsprocessen sammelte

sich die Flüssigkeit nicht wieder an, und in dem leeren Sack entstand eine Fettwucherung ex vacuo. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

15) **A. M. Phelps.** Tubercular disease of the spine and hip.
(Buffalo med. journ. 1901. September.)

Bei der Pott'schen Krankheit unterscheidet Verf. 4 Formen: die Tuberkulose, die akute Osteomyelitis, die Aktinomykose und die nach akuten Infektionskrankheiten, besonders dem Typhus, auftretenden Erkrankungen der Wirbel. Als besten Stützapparat nach Ablauf der akut entzündlichen Erscheinungen und bei beginnender Ausheilung empfiehlt er das perforirte und emaillirte Aluminiumkorsett, welches nur 1—2 Pfund (englisch) wiegt, sehr dauerhaft ist, wegen seiner Dünnheit die Körperform nicht entstellt, kühl und angenehm zu tragen ist und auch im Bade nicht abgelegt zu werden braucht.

Die Hauptursache der Knochenzerstörung bei der tuberkulösen Coxitis ist das Trauma und der Druck, welcher durch die reflektorischen Muskelkrämpfe auf das Gelenk ausgeübt wird. Eine Fixation des Gelenkes ohne Extension ist unmöglich, der Erfolg der Behandlung hängt ab von der absoluten Immobilisation, welche nur durch gleichzeitige Extension uud Fixation erzielt werden kann. Extension in der Richtung der Achse des Oberschenkels allein wirkt ungenügend, es muss gleichzeitig in der Richtung parallel mit der Achse des Collum femoris extendirt werden. Gelenkankylose wird nicht durch die Immobilisirung, sondern den Grad und Charakter der Entzündung (ausgedehnte Knochenzerstörung) bedingt. Verf. erlebte selbst bei 1—5jähriger Fixation meist Ausheilung ohne Ankylose, wenn keine vorgeschrittene Knochenerkrankung vorlag. Winklige Ankylose lässt sich immer vermeiden. Die bisher gebräuchlichsten Schienen mit Längsextension (Taylor, Saire u. A.) sind zu verwerfen, da sie das Gelenk weder fixiren, noch genügend entlasten. Verf. benutzt zur orthopädischen Behandlung der Coxitis, nachdem vorher durch gewöhnliche Extensionsbehandlung in Ruhelage die Deformität beseitigt ist, eine obigen Anforderungen entsprechende, von ihm konstruirte und durch eine Reihe von Abbildungen demonstrirte Schiene, welche von der Achselhöhle zur Sohle reicht und außer der Längsextension vermittels einer Innenschiene auch abducirend auf den Oberschenkel vermittels einer kurzen Außenschiene wirkt.

In Ergänzung des Referats in d. Bl. 1900 p. 1154 über eine P.'sche Arbeit ähnlichen Inhalts sei noch erwähnt, dass P. bei allen tuberkulösen Abscessen, bei denen es nicht möglich ist, alles Erkrankte zu entfernen (Kongestionsabscesse z. B.), die breite Incision und Ausschabung verwirft und nur die Punktion mit nachfolgender Auswaschung und möglichst hoch hinauf geführter Röhrendrainage anwendet. P. operirt tuberkulöse Gelenke immer 1) wenn Abscessbildung ohne Neigung zur Resorption vorhanden ist, 2) wenn die

Gelenkkapsel bereits durchbrochen ist, 3) bei akuter Osteomyelitis (Mischinfektion), 4) bei Abscessen, welche in wichtige Nachbarorgane (Bauchhöhle, Becken) durchzubrechen drohen, 5) bei allen sehr prallen Abscessen, 6) bei festgestellter oder wahrscheinlicher Betheiligung des Knochens, 7) bei plötzlich zunehmenden Abscessen, 8) bei Anfüllung des Gelenkes mit tuberkulösem oder purulentem Material, 9) bei wiederholtem und multiplem Auftreten von Abscessen, 10) bei Temperatursteigerungen, besonders wenn es sich um schwache Kinder handelt, 11) bei zweifelhafter Diagnose zur Feststellung des Befundes. 90% aller tuberkulöser Abscesse wird durch Mischinfektion purulent.

Mohr (Bielefeld).

---

16) **Saquet.** Traitement de la scoliose essentielle des adolescents par la kinésithérapie.

(Indépendance méd. 1901. No. 41.)

Verf. empfiehlt zur Behandlung der Skoliose in ihrer leichten und mittelschweren Form vorwiegend die Anwendung der schwedischen Heilgymnastik, deren von ihm geübte Anwendungsformen er genauer beschreibt. Gymnastik nach deutschem oder französischem Muster verschlimmert eher den Zustand, die gebräuchlichen Zimmerapparate sind ungenügend und oft schädlich. Selbst das beste Korsett vermag keine Skoliose zu heilen, sondern höchstens eine Besserung der schlechten Haltung herbeizuführen. Auch die prophylaktische Bedeutung der pädagogischen schwedischen Gymnastik ist nicht zu unterschätzen.

Mohr (Bielefeld).

---

17) **A. Schanz** (Dresden). Über die Bedeutung von Massage und Heilgymnastik in der Skoliosentherapie.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 313. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1901.)

Davon ausgehend, dass ein chronisches Missverhältnis zwischen statischer Inanspruchnahme und statischer Leistungsfähigkeit der Wirbelsäule zur Auslösung des skoliosirenden Processes führe, hält S. für die Austilgung desselben die Massage und Heilgymnastik aus folgenden Gründen für werthvoll: 1) Weil sie dazu beitragen können, die statische Inanspruchnahme der Wirbelsäule durch Herabsetzung der Zeitdauer, während der sich die Wirbelsäule in der Ermüdungshaltung und damit in ungünstigeren statischen Verhältnissen befindet, zu vermindern, und 2) weil sie durch Hebung des Allgemeinzustandes des Körpers und durch Kräftigung der Wirbelsäulenmuskulatur eine Erhöhung der Festigkeit der Knochensubstanz in der Wirbelsäule herbeizuführen helfen und so zur Erhöhung der statischen Leistungsfähigkeit der Wirbelsäule dienen können. Zur Bekämpfung der skoliotischen Deformität sind Massage und Heilgymnastik dadurch vortheilhaft, dass sie auf dem Weg der Austilgung des skoliosirenden Processes dem Selbstheilungsbestreben des Körpers die Bahn ebnen helfen, dass sie bei der Mobilisirung der Wirbelsäule große Dienste

leisten und die ungünstigsten Nebenwirkungen der zur Korrektion der Deformität dienenden portativen Apparate und korrigirenden starren Verbände zu vermindern bezw. zu beseitigen vermögen.

Kramer (Glogau).

Kleinere Mittheilungen.

18) 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Hamburg.

Sektion für Chirurgie.

(Fortsetzung.)

Max Jerusalem (Wien): Zur Ätiologie und Therapie des Erysipels.

Ein wichtiges ätiologisches resp. prädisponirendes Moment für das Erysipel, speciell für das recidivirende und habituelle, bildet die Menstruation. Das Studium der Beziehungen zwischen Menses und Erysipel der Weiber — an einem größeren Krankenmaterial vorgenommen — ergab folgendes Resultat. Die zeitliche Koincidenz des Gesichtsrothlaufs mit der Periode ist sehr häufig. Unter 119 Fällen fand sich dieselbe 86mal (72%). Es handelte sich hierbei allerdings nicht in allen Fällen um normale, durch Genitalblutung manifeste Menstruation, sondern theilweise auch um Amenorrhoen, bei welchen die Erkrankung zur Zeit der ausgebliebenen Regel auftrat, welch letztere neben dem Intervall noch durch den typischen, von Fließ beschriebenen Nasenbefund — manchmal auch durch Nasenbluten — gekennzeichnet war.

Auch im Puerperium, in der Gravidität und im Anfang des Klimakteriums wurde von der Nase ausgehender Gesichtsrothlauf meist entsprechend der — früher — kritischen Zeit beobachtet. Die Recidive traten in solchen Fällen 2—6mal, in einem Falle 8mal auf, und zwar regelmäßig in 28tägigen Intervallen.

Die Erklärung dieser Thatsachen dürfte einerseits darin zu suchen sein, dass die zur Zeit der Menses geschwellte, leicht blutende Nasenschleimhaut, besonders das vordere Ende der unteren Muschel (eine der Fließ'schen Genitalstellen) kleinen Verletzungen, Exkoriationen etc. sehr leicht zugänglich ist und so der Streptokokkeninfektion eine Eingangspforte bieten kann; andererseits bedingen ja die vasomotorischen Störungen und die herabgesetzte Vitalität des menstruirenden Weibes (v. Ott) eine erhöhte Dispositionsfähigkeit für Infektion überhaupt. Die Therapie (lokale und allgemeine) erwies sich in diesen Fällen machtlos. Vielleicht würde als Prophylaxe solcher hartnäckiger Recidive die Fließ'sche Nasenbehandlung (Ätzung oder bipolare Elektrolyse der nasalen Genitalstellen, besonders der unteren Muschel) — in der anfallsfreien Zeit sorgsam durchgeführt — zum Ziele führen.

Als Therapie des Erysipels überhaupt empfiehlt sich vorwiegend die Behandlung mit konstanter Wärme (Thermophor). Durch Auflegen der gewöhnlichen Kautschuk-Thermophorkompressen auf Extremitäten, Verwendung einer entsprechenden Maske bei Kopf- und Gesichtsrothlauf und eines sog. Operationskissens bei Erysipelas migrans des Rückens wurden die besten Resultate erzielt. Auffallend war die schmerzstillende Wirkung, die in allen Fällen binnen kürzester Zeit eintrat. Der Process selbst lief rascher ab, als in analogen, mit anderen Mitteln behandelten Fällen. Als wichtigster Erfolg der Thermophortherapie ist jedoch der Umstand zu bezeichnen, dass bei Rothlauf der Extremitäten, welcher — wie bekannt — Neigung zur Abscess- und Phlegmonenbildung hat, letztere verhindert werden konnte. In 25 mit Burow- und Alkoholumschlägen behandelten Extremitätenerysipeln trat 16mal Vereiterung des Zellgewebes auf, in 25 analogen, mit dem Thermophor behandelten Fällen nicht ein einziges Mal.

Es bildeten sich wohl auch hier meist an den Prädilektionsstellen (Regio praepatellaris und retromalleolaris an den unteren, Gegend der Bursa olecrani an

den oberen Extremitäten) entzündliche Infiltrate, doch zerfielen dieselben nicht, sondern gingen — immer gleich derb bleibend — zurück, um schließlich spurlos zu verschwinden.

Die Thermophorbehandlung des Erysipels dürfte demnach vor allen anderen Therapien den Vorzug verdienen. (Selbstbericht.)

Kümmell (Hamburg) stellt eine Anzahl mit Röntgenstrahlen behandelter Lupuskranker vor, die man wohl als geheilt bezeichnen konnte. Wenn auch diese Methode ihre Schattenseiten habe, so glaube er doch, dass mit keiner anderen eine so gute und glatte Narbe erzielt werde.

Bertelsmann (Hamburg).

Kuhn (Kassel): Tetanus nach Gelatineinjektionen.

Redner beleuchtet die Gefahren der Gelatineeinspritzungen, die bei dem zur Zeit herrschenden Verfahren nicht nur die bis jetzt erhobenen Vorwürfe zu rascher Blutgerinnung und eventueller Thrombenbildung in sich bergen, sondern bei der zweifelhaften Herkunft der käuflichen Gelatine auch Ursache schwerster Intoxikationen und selbst tödlicher Infektionen werden können. Die Gelatine kann von kranken Thieren oder aus inficirten Räumen stammen und bei der Widerstandsfähigkeit mancher Keime selbst nach landläufiger Sterilisirung lebensfähige Keime (Tetanus, Milzbrand), immer aber toxische Produkte früherer Zersetzungen in den injicirten Körper übertragen. So erwähnt Redner einen Fall, in dem ein Junge, der in durchaus einwandsfreier Weise von einem Kollegen einer Blutung wegen injicirt wurde, am 5. Tage an schwerstem Tetanus zu Grunde ging. Von der Injektionsstelle entnommene Gewebstheile tödteten ein Kaninchen nach derselben Zeit unter klassischen Symptomen von Tetanus.

Redner muss daher, gestützt auf seine Beobachtungen und Versuche, darauf bestehen, dass für Gelatineinjektionen nur selbst bereitete Gelatine aus frischem leimgebenden Gewebe gesunder Schlachtthiere Verwendung finde.

(Selbstbericht.)

Kölliker (Leipzig): Die Äther-Chloroformnarkose.

K. versteht unter dieser Bezeichnung nicht eine Narkose mit einem Gemisch von Chloroform und Äther, sondern eine Narkose, die mit Äther eingeleitet und nach Eintritt des Stadiums der Toleranz mit Chloroform weiter geführt wird. Zur Verabreichung des Äthers bedient er sich einer besonderen, dreitheiligen Maske, die den Vorzug hat, dass sie bei Zuführung von Äther nicht vom Gesicht entfernt zu werden braucht. Es wird der äußerste Korb gehoben und Äther nachgegossen. Der Übergang von der einfachen Äthernarkose, deren Indikationen K. feststellt, zur Äther-Chloroformnarkose geschieht in folgenden Fällen: 1) Bei starker Schleimsekretion. 2) Bei langer Dauer der Operation. 3) Falls die Äthernarkose durch fortbestehenden Tremor oder klonische Muskelzuckungen nicht tief wird. 4) Bei Operationen im Gesicht. 5) Bei Anwendung des Thermokauters im Gesicht oder am Halse.

Die Vorzüge der Äther-Chloroformnarkose sind folgende: Die Hauptgefahr des Chloroforms, die im Anfang der Narkose zu befürchtende reflektorische Herzsynkope, wird durch Einleitung der Narkose mit Äther ausgeschaltet. Die Hauptgefahr des Äthers, die Ätherpneumonie, wird wegen der kürzeren Anwendungsdauer des Äthers vermieden oder zum Mindesten sehr vermindert. Die Erfahrung hat K. gelehrt, dass nach Einleitung der Narkose mit Äther die Narkose sehr lange Zeit mit außerordentlich kleinen Dosen Chloroform erhalten werden kann. Ferner ist zu erwähnen, dass nach der Äther-Chloroformnarkose Erbrechen selten eintritt und auch jenes eigenthümliche Verwirrtsein, das man nach Anwendung des Äthers beobachtet, schwächer ausgesprochen ist oder vollkommen fehlt.

(Selbstbericht.)

Diskussion. Sudeck (Hamburg) erinnert an die von ihm im Hamburger ärztlichen Verein publicirte Methode der Operationen im Ätherrausch. Die Operation beginnt nach dem ersten Athemzug, wenn nur die Schmerzempfindungen gelähmt sind; das Bewusstsein ist nur verändert, Tastgefühl etc. und die höheren

Sinnesfunktionen sind erhalten. In diesem Zustande des Ätherrausches führe er jetzt Operationen aus, die an $^3/_4$ Stunden dauern. Die später in der Wiener klin. Wochenschrift 1901 No. 37 angegebene Methode von Teveles stimme mit der seinigen so ziemlich überein. **Bertelsmann** (Hamburg).

F. Lange (München). Die Bildung der Sehnen aus Seide bei periostaler Verpflanzung.

Die Resultate der Sehnenverpflanzung hängen in erster Linie davon ab, ob der neue Muskel unter starker Spannung vernäht wird, und ob diese Spannung dauernd erhalten bleibt.

Da bei der alten Methode der Sehnenverpflanzung (Vernähung des kraftspendenden Muskels auf die gelähmte Sehne) die atrophische Sehne unter dem Einfluss der Kontraktionen sich nachträglich verlängern kann, hat Vortr. vor 2 Jahren empfohlen, die abgespaltene Sehne direkt mit dem Periost zu vernähen (periostale Sehnenverpflanzung). Um diese Methode, welche sichere Resultate liefert, in allen Fällen anwenden zu können, hat Vortr. in den letzten Jahren, wenn die Sehne des verpflanzten Muskels zu kurz oder zu dünn (Gefahr der Nekrose!) war, seidene Sehnen benutzt. Dieselben bestehen aus einer 4—8fachen Lage stärkster Seide. Das eine Ende der Fäden wird mit dem Sehnenstumpf, das andere Ende unter stärkster Spannung mit dem Periost vernäht.

Im Ganzen hat Vortr. 44mal durch seidene Sehnen den kraftspendenden Muskel verlängert. Primär eingeheilt sind alle Sehnen. Fadenabscesse sind bisher (die erste Operation ist vor $2^1/_2$ Jahren gemacht worden) nicht beobachtet worden; dagegen haben 2mal die Seidenfäden, welche unter stärkster Spannung angelegt waren, die hochgehobene Hautfalte durchschnitten, ohne dass es zu einer Abscessbildung gekommen wäre.

In funktioneller Beziehung genügen die seidenen Sehnen den höchsten Anforderungen, weil sie rücksichtslos in stärkster Spannung vernäht werden dürfen.

Die Dauerhaftigkeit des Resultates wird dadurch gewährleistet, dass um die seidene Sehne herum sich eine Sehne von echtem Sehnengewebe bildet. Vortr. legt Präparate von einem Falle vor, bei dem vor $2^1/_2$ Jahren eine 12 cm lange seidene Sehne eingepflanzt worden ist, und hofft, dass gerade diese Präparate die Autoren zu einer Nachprüfung der Methode veranlassen werden.

(Selbstbericht).

Diskussion. Wolff (Berlin): Die periostale Sehnenplastik war eine sehr glückliche Idee des Herrn Lange. Es wird aber gut sein, nun auch gleich noch einen Schritt weiter zu gehen und statt der periostalen eine ostale Sehnenplastik zu machen. — W. legt das zu transplantirende Sehnenstück in eine von ihm an der neuen Insertionsstelle mittels des Messers oder Meißels erzeugte Knochenrinne, und zwar so, dass das Ende des Sehnenstückes noch ein wenig jenseits der Rinne hinausragt. Dann vernäht er das Periost über der Rinne und dem eingebetteten Sehnenstück, und zuletzt wird das die Rinne überragende Endstück der Sehne noch mit dem Periost vernäht. So wird eine Sehneninsertion geschaffen, die der natürlichen Insertion am Knochen sehr nahe kommt, und eine Fixation der transplantirten Sehne, die noch wesentlich zuverlässiger ist, als diejenige am Periost.

In solcher Weise hat W. die ostale Sehnenplastik in 4 Fällen ausgeführt, 2mal bei paralytischem Varus, 1mal bei paralytischem Valgus und 1mal bei angeborenem hochgradigem Valgus bei einem 7jährigen Mädchen. Das Resultat entsprach in 3 Fällen vollkommen seinen Erwartungen; der 4. Fall, und zwar der eine der beiden Varusfälle, ist erst vor 14 Tagen operirt worden und wird voraussichtlich ebenfalls zu dem erwünschten Resultat führen. W. wird das Genauere der Berliner Chirurgenvereinigung in der Decembersitzung berichten.

Hinsichtlich der von Herrn Hoffa empfohlenen Bayer'schen Verlängerung der Achillessehne durch Trennung der Sehne in 2 gegen einander in der Längsrichtung verschiebbare Hälften bemerkt W., dass man viel besser thut, die Sehne

in offener Weise mehrfach von den beiden Seiten her einzukerben. Man kann dann die Sehne verlängern, ohne dass irgend wo ihre Kontinuität gänzlich unterbrochen worden ist. Dies von W. geübte Verfahren entspricht der Mac-Ewen-schen Verlängerung des Quadriceps bei veralteter Patellarfraktur, und der von W. ebenfalls am Quadriceps ausgeführten Verlängerung bei angeborener präfemoraler Luxation der Tibia.

Hoffa (Würzburg): Die Bayer'sche Operation sei, wie im Centralblatt für Chirurgie mitgetheilt wurde, neuerdings auch eine subkutane. Der Vortheil sei, dass obwohl keine Kontinuitätstrennung der Achillessehne erfolge, doch jede gewünschte Länge erreicht werde.

Wolff: Bayer's neueste Art der Verlängerung der Achillessehne ist dasselbe, eine neue Sehneneinkerbung. W. glaubt aber nicht, dass diese Einkerbungen sich in zweckentsprechender Weise subkutan ausführen lassen.

Kümmell (Hamburg): Die heutige Verhandlung über die Heteroplastik der Sehnen beweise, dass das Gute sich schließlich doch trotz aller Hindernisse Bahn bräche.

Es sei pflichtgemäß, der mannigfachen Gluck'schen Versuche auf diesem Gebiet zu gedenken, die manchmal einer herben Kritik begegnet seien.

Vulpius (Heidelberg) hat unter 250 Sehnenüberflanzungen 21mal Gelegenheit gehabt, bei Nachoperationen eine Autopsie in vivo zu machen. Während die Fascien normal aussahen, waren die Sehnenscheiden und Sehnenstümpfe nicht so gut, wie man bei der guten Funktion hätte erwarten sollen. Die Sehnenstümpfe waren grau und narbig.

Bei der periostalen Sehnentransplantation werde ein abnormer Ansatz geschaffen. V. hält dagegen die normale Insertion für die günstigste.

Petersen (Kiel) möchte in Bezug auf den Ersatz der Sehne durch fremdes Material die Seidenwurmfäden sehr warm empfehlen. Diese Fäden sind außerordentlich leicht zu sterilisiren. P. hat sie 24 Stunden in einem akuten staphylomykotischen Abscess liegen lassen und dann sehr leicht durch Abstreifen mit Watte und Äther oder desinficirenden Flüssigkeiten vollkommen steril machen können. Die Seidenwurmfäden werden vom lebenden Gewebe nicht resorbirt; wenn man sie auch sehr lange darin liegen lässt, findet man doch keine Arrosion durch Granulationen. Sie sind auch mit Flüssigkeit kaum zu durchtränken und wahrscheinlich gegen das Eindringen von Bakterien gesichert. In der Festschrift zum 70jährigen Geburtstage Esmarch's hat P. einen kleinen Versuch mitgetheilt. Er entfernte aus der Achillessehne eines wenige Tage alten Kaninchens ein ungefähr 1 cm langes Stück und ersetzte dies durch 2 Seidenwurmfäden. Es bildete sich um die Fäden eine gegen die normale stark verdickte Sehne. Die so behandelte Sehne hatte später die normale Länge auch bei dem fast erwachsenen Thiere, die Funktion zeigte keine Abweichung gegen die andere Seite, wie P. in einer Sitzung des physiologischen Vereins zu Kiel zeigen konnte. Von dem bald darauf im physiologischen Institut erfolgten Tode ist ihm leider eine rechtzeitige Anzeige nicht gemacht worden, so dass er eine anatomische und histologische Untersuchung nicht hat anstellen können.

Helferich (Kiel): Bemerkungen über plastische Chirurgie.

H. bespricht die Beziehungen zwischen einer etwa erforderlichen verstümmelnden Operation (Amputation, Geschwulstexstirpation) und der danach nothwendigen plastischen Operation in sachlicher und zeitlicher Beziehung.

Wenn es auch Jeder weiß, so wird doch nicht selten darin gefehlt, bei der Exstirpation bösartiger Geschwülste vielleicht noch häufiger seit der häufigen Anwendung lokaler Anästhesie.

Die Exstirpation oder Amputation soll vorgenommen werden ohne jede Rücksicht auf die etwa erforderliche Plastik; die Befreiung des Kranken von dem Carcinom oder die Absetzung der durch Gangrän und schwere fortschreitende Entzündung mit Septhämie das Leben gefährdenden Extremität etc. ist die zur Erhaltung des Lebens erforderliche Aufgabe. Besser die einfache Amputation

durch Zirkelschnitt oder die verstümmelnde Exstirpation einer bösartigen Geschwulst — ohne jede Plastik, als die Gefährdung des Hauptzwecks der Operation!

H. erläutert das principiell Wichtige dieses Vorgehens, welches im einzelnen Falle nothgedrungen gewiss schon jeder chirurgisch thätige Arzt geübt hat, an mehreren Beispielen und hebt Einzelheiten dieser Behandlung, so wie speciell den Nutzen solchen Vorgehens bei der Operation bösartiger Geschwülste am Kopfe hervor. Hierbei erwähnt H. beiläufig, dass er die Keilexcision bei Lippenkrebs verwirft. (Selbstbericht.)

Diskussion. König (Berlin) tritt Helferich gegenüber für die Keilexcision bei Lippencarcinom ein, unter Hinweis auf seine vorzügliche Statistik aus der Göttinger Klinik.

Krause (Berlin) ist über den Keilschnitt derselben Ansicht; auch Volkmann habe übrigens stets gelehrt, dass man bösartige Geschwülste ohne Rücksicht auf die spätere Plastik exstirpiren müsse. In schwierigen Fällen könne man dann die Plastik im 2. Akt machen.

Helferich erwidert Herrn König, auch dieser werde der Ansicht sein, dass die bösartige Neubildung mit reichlicher gesunder Umgebung exstirpirt werden müsse. Wer principiell den Keilschnitt mache bei Lippencarcinomen, komme in Gefahr, durch den Gedanken an die Plastik beeinflusst zu werden.

Bertelsmann (Hamburg).

Vogel (Eisleben) empfiehlt zur Vereinfachung der Transplantation das Auflegen von weißem, seidenem Schleiertüll, der mit Kollodium an die normalen Wundränder über der Transplantation angeklebt wird. Auf den Tüll legt man ein Stück Protektiv, auf dessen Unterfläche Silberfolie unter Erwärmen angepresst ist.

Vortheile: 1) Vereinfachung des Verbandwechsels und Möglichkeit der Kontrolle. 2) Man kann direkt auf die Granulationen übertragen, da eine nicht zu profuse Eiterung nicht stört. Hierdurch wird weiterhin eine frühere Transplantation und eine Transplantation trotz benachbarter stärkerer Eiterung möglich.

Bertelsmann (Hamburg).

Kuhn (Kassel): Zur Transplantation.

Redner demonstrirt seinen Tüll für Transplantationen, der neben den früher publicirten Vortheilen besserer Fixirung und Isolirung transplantirter Läppchen vor Allem auch den Vorzug rascherer Blutstillung hat. Über die Läppchen auch bei noch blutender Wundfläche gelegt, ermöglicht und beschleunigt er die Blutstillung und garantirt doch den Erfolg. (Selbstbericht.)

Lexer (Berlin): Zur Operation des Ganglion Gasseri.

Von 12 Fällen, an welchen L. die Ganglionexstirpation in der v. Bergmann-schen Klinik gemacht hat, ist ein Fall an Meningitis gestorben, eine 70jährige Frau, welche schon häufig wegen ihres seit 12 Jahren bestehenden Leidens operirt worden war. Die Sektion ergab einen unerwarteten Tumor der hinteren Schädelgrube als Ursache der Neuralgie. Derselbe, ein Psammon, mit dem Ausgang von der Dura im vorderen Abschnitt der hinteren Fläche der Felsenbeinpyramide, hatte etwa die Größe einer Walnuss. Der Lage nach entspricht er den von Oppenheim und von Manakow diagnosticirten Tumoren, welche größere Ausdehnung und desshalb ausgeprägte Symptome gehabt hatten. Es ist bekannt, dass Geschwülste im Schädel lediglich Trigeminusneuralgie hervorrufen können; desshalb hat man schon einige Male in solchen Fällen das Ganglion entfernt. Eine ähnliche centrale Ursache ist wahrscheinlich anzunehmen, wenn die Schmerzen bald nach der Exstirpation des Ganglion wiederkehren, obgleich die Ausfallserscheinungen sämmtlich bestehen bleiben. Ein Fall von L. gehört zu diesen scheinbaren Recidiven mit wahrscheinlich centraler Ursache peripherer Lokalisation.

An der Hand des Präparates wird außer dem Tumor die Technik der Operation beschrieben, welche von L. etwas geändert worden ist. Da selbst Krause

einige Male Aphasie, einmal halbseitige Lähmung beobachtet hat, Andere Erweichungsherde und Abscesse im Temporallappen gesehen haben und L. bei seinem 3. Falle ebenfalls eine vorübergehende Aphasie erlebt hat, welche eben so wie die anderen Störungen auf den Druck des Hirnspatels bei dem Heben des Gehirns zurückgeführt werden musste, so hat L. stets einen rundlich gebogenen Hirnspatel (Demonstration) verwendet und den Lappen in der Schläfe bedeutend kleiner als Krause gebildet, dafür aber das Operationsgebiet nach unten durch temporäre Jochbogenresektion und Fortnahme der Schädelbasis bis ins Foramen ovale vergrößert. Die Schnittführung und Technik wird genau geschildert. Das Operationsfeld ist so übersichtlich, dass das Ganglion bis auf einen Fall in seiner Gesammtheit entfernt werden konnte, in welch letzterem es durchriss und in 2 Stücken herausgenommen wurde. Die Art. meningea muss stets unterbunden werden, innerhalb oder außerhalb der Schädelbasis; die Ligatur der Carotis ext. ist überflüssig; denn die heftigste und regelmäßig auftretende Blutung stammt aus dem Plexus venosus der das Ganglion umgiebt. Seine anatomischen Beziehungen zum Ganglion und der Verlauf abnormer Duravenen wird eingehend am Präparat und an Zeichnungen erörtert. Wesentlich für die Freilegung des Ganglion und die Stillung der venösen Blutung ist, abgesehen von temporärer Tamponade, das Hochsetzen des Pat., wie es v. Bergmann empfohlen hat. Da das Gehirn unter der sich faltenden Dura weit in die Schädelhöhle zurücksinkt, so kann das Ganglion übersehen werden, ohne dass man nöthig hat, das Gehirn zu heben. Keratitis ist in 3 Fällen zu Stande gekommen, 1mal traumatisch am 15. Tage; 2mal ist danach eine Trübung der Hornhaut eingetreten. In 4 Fällen sind Lähmungen einzelner Augennerven beobachtet, wovon eine Abducensparese nicht vollkommen zurückgegangen ist. Zur Wundversorgung räth L. das lockere Tamponiren des Cavum Meckelii mit Jodoformgaze, da stets, wenn auch keine Verletzung der Dura eintritt, doch am oberen Ganglionrande der Subduralraum und durch das Ausreißen des Trigeminusstammes der große Arachnoidealraum an der Brücke geöffnet wird. Außer dem erwähnten Todesfalle besteht in einem Falle ein scheinbares Recidiv, und in einem 3. Falle kam es zu einer Neuralgie auf der nicht operirten Seite. Alle übrigen Kranken sind beschwerdefrei, der erstoperirte seit $3^1/_2$ Jahren.

(Veröffentlichung des Vortrages mit ausführlichen Krankenberichten erfolgt im Archiv für klin. Chirurgie.) (Selbstbericht.)

Diskussion. Krause (Berlin): Das Doyen'sche Verfahren ist dem von Lexer ähnlich. Doyen hat es selbst zu Gunsten der K.'schen Methode aufgegeben. Mit der Ansicht, die Art. meningea müsse unterbunden werden, stimmt K. im Gegensatz zu Dollinger überein.

v. Bergmann (Berlin): Man muss das Hineinsinken des Gehirns in die Tiefe beim Aufsetzen des Kranken gesehen haben. In der That wird es dann, wie Lexer angegeben hat, unnöthig, auf das Gehirn einen Druck auszuüben, da man das Ganglion gut übersehen kann.

Lexer: Das Doyen'sche Verfahren stimmt bezüglich der Fortnahme der Schädelbasis mit dem seinigen überein, im Übrigen ist es das gerade Gegentheil. Bei dem ausgedehnten Schädeldefekt, der dabei gemacht wird, ist es nicht zu verwundern, wenn Doyen jetzt den kleineren Lappen der Krause'schen Methode gewählt hat. L. glaubt, gezeigt zu haben, dass man mit noch kleineren Lappen in der geschilderten Weise auskommt und, ohne Druck auf das Gehirn auszuüben, auf direktem Weg an das Ganglion gelangen kann. In dieser Beziehung stimmt er mit einer Reihe von Chirurgen (u. A. Quénu) überein, welche eine ähnliche Voroperation machen, ferner mit dem Ergebnis von Tichanowitsch's kritischer Studie über die Freilegung des Ganglion und schließlich mit Anatomen, welche den angegebenen Weg zum Ganglion als den besten bestätigt haben.

Bertelsmann (Hamburg).

A. Lorenz (Wien): Über die unblutige Behandlung des muskulären Schiefhalses.

In der Behandlung des Schiefhalses herrscht zur Stunde keine Einigkeit. Hier subkutane, hier offene Myotomie, hier Verlängerung des Muskels durch künstliche Plastik, hier radikale Exstirpation des ganzen Muskels. Alle diese Methoden richten sich einseitig gegen das Caput obstipum und lassen das Collum obstipum mehr oder weniger bei Seite; desshalb sind die Resultate vielfach ungleichmäßig. Die Beseitigung des Caput obstipum bedeutet lediglich die Ermöglichung einer occipitalen Kompensation der Cervicalskoliose, diese selbst bleibt bestehen, es wurde zur Krümmung die zugehörige Gegenkrümmung hinzugefügt: der Fortbestand der Cervicalskoliose begünstigt die Recidive der Kopfneigung. Eine rationelle Therapie muss gegen das Caput obstipum und gegen das Collum obstipum gleichmäßig vorgehen. Gegen das Caput obstipum hat L. bisher die offene Myotomie des Kopfnickers, gegen das Collum obstipum das modellirende Redressement der Halswirbelsäule mit bestem Erfolg angewendet. Dabei wurde die Myotomie lediglich als Vorakt des modellirenden Redressement betrachtet.

Durch methodische Pflege dieser letzteren Maßnahme sah sich L. in die Lage versetzt, die Behandlung des Schiefhalses noch konservativer zu gestalten und des Messers dabei völlig zu entrathen. Das modellirende Redressement der Halswirbelsäule ist nämlich im Stande, sämmtliche Hindernisse, welche sich der Korrektur entgegenstellen, zu beseitigen. So weit der Kopfnicker hierbei in Frage kommt, geschieht dies durch subkutane Myorhexis desselben. Die erreichte Umkrümmung wird sofort durch einen Dauerverband fixirt. Die bisher erreichten Resultate sind in so fern ideale, als jede Spur der Deformität verschwindet. Es fehlt sowohl die Narbe, als auch die bekannte seitliche Abflachung der Halsbasis, da die Muskelkoulisse des Kopfnickers erhalten und derselbe so weit dehnbar bleibt, dass entgegengesetzte Kopfneigungen leicht ausgeführt werden können. Die Indikationsgrenzen der subkutanen Myorhexis sind mit Sicherheit noch nicht festzustellen; die gelungenen Fälle standen im 6., 9. und 14. Lebensjahre. An einem im 9. Lebensjahre stehenden Knaben und bei 2 Pat. in den ersten 20er Jahren misslang die Methode. L. hofft, dass dieselbe dem kindlichen Schiefhals gegenüber stets ausreichen werde. Beim veralteten Schiefhals der Adolescenten und Erwachsenen bleibt die Myotomie zu Recht bestehen. Doch hat L. selbst in diesen Fällen mit der subkutanen Myotomie und energischem modellirendem Redressement der Halswirbelsäule sein Auslangen gefunden. L. leugnet nicht, dass in solchen Fällen auch die von v. Mikulicz empfohlene Exstirpation des Kopfnickers gute Resultate geben könne. Allein er hält das Verfahren für unnöthig eingreifend, wegen der starken Abflachung der kranken Halsseite für entstellend und zudem für überflüssig.

Die subkutane Myorhexis des Kopfnickers hat auch ein ätiologisches Interesse, da sie gewissermaßen die Gegenprobe zur Stromeyer'schen Theorie von der Entstehung des Schiefhalses durch Muskelriss während der Geburt darstellt. Ist die Theorie richtig, so müssen alle durch Myorhexis geheilten Schiefhälse recidiviren, was nach den bisherigen Erfahrungen nicht zutrifft, da die ältesten Fälle seit einem, bezw. $1^1/_2$ Jahre tadellos geheilt geblieben sind. Auch die hundertfältigen Erfahrungen, welche L. über die Myorhexis adductorum gelegentlich der unblutigen Einrenkung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung gemacht hat, sprechen dagegen, da Adduktionskontrakturen niemals zur Beobachtung kamen. Er hält es für wahrscheinlich, dass die subkutanen Muskelverletzungen geringere Neigung zur Narbenschrumpfung zeigen, als die in offener Wunde gesetzten. L. stellt die unblutige Behandlung des Schiefhalses in Parallele mit der unblutigen Behandlung des Klumpfußes durch das modellirende Redressement und hofft beim Schiefhals auf dieselben ausgezeichneten Resultate, wie sie beim Klumpfuß mit der analogen Methode allerwärts erreicht wurden. L. will das Gebiet der unblutigen Chirurgie durch die neue Methode um ein wichtiges und dankbares, wenn auch kleines Arbeitsfeld erweitert haben und ladet die Fachgenossen zur Nachprüfung seiner Methode ein. (Selbstbericht.)

Diskussion. Schanz (Dresden) hat ein Kind beobachtet, welches in Beckenendlage geboren wurde. Unmittelbar nach der Geburt fand sich an den Kopfnickern kein Befund. Das Kind legte $1^1/_2$ Tag den Kopf auf die linke Seite, dann auf die rechte und regte den Kopf nicht. Am 3. Tage fand sich eine knollige Verdickung des rechten Kopfnickers. Nach 6 Wochen Massage waren die Knollen und die Schiefhalsstellung geschwunden.

Die Recidive nach Kopfnickerdurchtrennung liegen in der Entwicklung eines Narbenstranges zwischen den Muskelstümpfen. Diese kann man gut vermeiden, wenn man die Muskelstümpfe weit genug aus einander drückt und aus einander hält. Das gelingt leichter als durch Gipsverband, durch dicke Watteverbände, die, fest umgewickelt, den Hals so lang ziehen, dass nach 6 Wochen langem Liegen des Verbandes jede Nachbehandlung unnöthig ist.

Joachimsthal (Berlin) glaubt, dass ätiologisch die Fälle von Caput obstipum verschieden zu beurtheilen sind. Er hat 3mal Schiefhals bei mehreren Mitgliedern derselben Familie beobachtet (bei einer Frau und den beiden Kindern, bei 2 Geschwistern, bei Vater und Sohn). Er hat weiterhin bei Kranken mit Schiefhals noch anderweitige angeborene Anomalien — beispielsweise mit angeborenem Hochstand des Schulterblattes — gesehen. Sprechen solche Fälle für den kongenitalen Charakter, so ist zweifelsohne für eine andere Reihe von Fällen der traumatische Ursprung nicht von der Hand zu weisen. Auf Grund dieser verschiedenen ätiologischen Momente ist wohl auch zu erklären, dass Lorenz in einer Reihe von Fällen bei mehrfachen angeborenen Verkürzungen Erfolg mit seinem Verfahren gehabt hat, während in anderen Fällen, bei ausgedehnten Narben, auf diesem Weg kein Erfolg zu erzielen ist. Hier ist eben die offene Durchtrennung aller verkürzten Stränge nothwendig, die J. auf Grund ausgedehnter eigener Erfahrungen warm empfiehlt. Ein Redressement der Halswirbelsäule im Anschluss an die Operation ist nicht erforderlich, eine längere orthopädische Nachbehandlung bei gründlicher Durchschneidung nicht nöthig.

Petersen (Kiel): Er sei wohl der Erste gewesen, der gegen die Stromeyersche Theorie vom Muskelriss aufgetreten sei. Seine Meinung, dass der Schiefhals häufig angeboren sei, sei unerschüttert. Wenn eine Myositis fibrosa auf einen Riss folge, könne allerdings auch dieser die Ursache der Verkürzung sein. Schließlich gebe es noch eine 3. Art von Schiefhals, die bei ganz normalen Kindern sich einstelle, ohne jede Ursache, wie es scheint. Es könne sich bei der letzteren höchstens um eine symptomlose Myositis fibrosa handeln.

Bertelsmann (Hamburg).

P. Bade (Hannover): Das modellirende Redressement schwerer Skoliosen.

Redner schildert kurz sein Verfahren, das er als ein modificirtes forcirtes Redressement bezeichnet. Durch die Anwendung der Schede'schen Extensionsvorrichtung und die im Centralblatt 1901 No. 10 beschriebene Pelotte will er das forcirte Redressement verbessert haben, indem 1) die Wirbelsäule in stetiger Streckung bleibt und im Gipsverband nicht wieder in ihre vorige Krümmung zurückzukehren vermag und 2) ein stets regulirbarer Druck auf den Rippenbuckel durch den starren Verband hindurch ausgeübt werden kann. Durch diese beiden Mittel wird das bei dem forcirten Redressement erzielte Resultat nicht nur sicher erhalten, sondern noch verbessert. Den Verband lässt Redner 3—5 Monate liegen, dann wird zur Sicherung des Resultates ein Alluminiumkorsett gegeben, das außerordentlich leicht und doch unnachgiebig ist. Zur Kräftigung der Muskulatur nach der Fixationsperiode wendet B. nur Massage in Bauchlage an und vermeidet jede Mobilisation, um das Resultat nicht zu gefährden. Er warnt, die hochgradigen, starren rachitischen Skoliosen dieser Behandlung zu unterziehen. Am günstigsten seien die primären Lumbalskoliosen, die möglichst mobil gemachten Dorsalskoliosen, bei denen der Rippenbuckel mehr von den unteren und mittleren Rippen gebildet sei; die Scapula sei das größte Hindernis für die Beseitigung des Rippenbuckels. (Selbstbericht.)

M. Schede (Bonn) giebt einen lehrreichen Bericht über 4 von Fr. Schultze und ihm beobachtete und von ihm operirte Fälle von Tumoren der Rückenmarkssäule.

Nach einem Rückblick auf die Geschichte und bisherige Statistik der Operation referirt er zuerst über die Beobachtungen selbst, von denen übrigens die beiden ersten auch schon von Fr. Schultze in einem Vortrag vor den südwestdeutschen Neurologen in Baden-Baden (1900) mitgetheilt sind (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde Bd. XVI).

1) Eine 49jährige Näherin sieht zur Zeit ihrer Aufnahme schon auf eine 9jährige Leidensgeschichte zurück. Die ersten Symptome waren Schmerzen von unbestimmter Natur und wechselndem Sitz gewesen, verbunden mit Gürtelgefühl. Sie saßen im oberen Theil des Rückens, strahlten in den rechten Arm aus, befielen Magengend und rechte Oberbauchgegend, lokalisirten sich dann aber wesentlich im rechten Bein. Nach einem Jahre auch Parästhesie im linken Bein. Erst viel später litt die Motilität. Schließlich totale, exquisit spastische Lähmung beider Beine, nebst Lähmung von Blase und Mastdarm. Fußklonus. Patellarreflexe vermehrt. Alle Empfindungsqualitäten von den Füßen bis zu einer Linie vom 1. Lendenwirbel bis 2fingerbreit unter dem Brustbein herabgesetzt, wobei die Intensität der Empfindungsstörung von unten nach oben abnahm. Rechts hinten in dieser Linie eine schmale hyperästetische Zone. Oberhalb Alles normal. Diagnose: Tumor, dessen obere Grenze im Bereich des 7. Dorsalsegments liegt. Operation: Resektion der Bogen des 5.—7. Brustwirbels. Der Tumor wurde sofort hinter dem 5. Bogen gefunden, lag extradural und reichte 4 cm nach unten. Er ließ sich leicht entfernen. Verlauf: Prima intentio. Pat. kann nach 6 Monaten alle Bewegungen im Bett machen, steigt einen Monat später 20 Treppenstufen, geht wieder einen Monat später mit einem Stock $1/2$ Stunde weit.

2) 28jähriger Gärtnereibesitzer. 3 Jahre lang Schmerzen längs des rechten unteren Rippenbogens. Seit 4 Monaten spastische Parese der Beine mit Herabsetzung des Schmerzgefühls erst rechts, dann auch links. Beiderseits Fuß- und Patellarklonus, Fehlen der Bauchdeckenreflexe. Nach weiteren 2 Monaten fast völlige Lähmung, Gehen nicht mehr möglich. Hyperästetische Zone vorn bis 3fingerbreit unter dem Nabel, hinten rechts bis 12. Brustwirbel, links etwas tiefer. Darüber Alles normal. Diagnose: Tumor im 8. Dorsalsegment. Operation: Resektion des 6. und 7. Brustwirbelbogens. Der Tumor, fast eben so groß als der vorige, erstreckt sich von der Höhe des 6. Brustwirbels nach abwärts. Er lag intradural, war ein Fibromyxosarkom, war gut abgekapselt und konnte leicht entfernt werden. Verlauf: Prima. Anfangs Verschlimmerung der Lähmung. Nach 14 Tagen beginnt die Besserung und macht so schnelle Fortschritte, dass Pat. nach 6 Monaten schon wieder $3/4$ Tagewerk als Gärtner leistet.

3) 24jähriger Student. Beginn des Leidens 5—6 Wochen vor der Aufnahme mit Rückenschmerzen, besonders beim Bücken, später auch beim Liegen und Sitzen; dann Parästhesien im linken Bein, ganz vor Kurzem auch im rechten. Detrusor paretisch. Bauchreflex nur im Epigastrium vorhanden. Fußklonus, Patellarklonus. Gang unsicher, spastisch. Pat. schwankt bei Fußschluss stark, selbst bei offenen Augen.

Innerhalb der nächsten 4 Monate steigern sich die Symptome zur totalen spastischen Lähmung der unteren Extremitäten. 2—3fingerbreit vom Nabel abwärts findet sich jetzt konstant eine hyperästhetische Zone. Abwärts war die Empfindung fast Null, aufwärts Alles normal.

Die hyperästhetische Zone entsprach etwa dem 10. Dorsalsegment und dem 9. Brustwirbelkörper und -Bogen, auszumeißeln der 8.—10. Bogen. Tumor wird hinter dem 9. und 10. gefunden und reicht bis zum oberen Rand des 11. herab. Es war ein subdurales Fibrosarkom.

Heilung mit vorübergehender Eiterung. Beginn der Besserung nach 4 Wochen. Dieselbe schreitet ganz konstant fort und führt nach 7 Monaten zur völligen Heilung. Nur der Patellarreflex ist links noch etwas gesteigert, und beim Aufsetzen

der linken Fußspitze lässt sich hier leicht noch ein Klonus auslösen. Pat. ist den ganzen Tag auf den Füßen, kann Trab laufen etc.

Von besonderem Interesse ist ein 4., unglücklich verlaufener Fall, dessen Krankheitsgeschichte sich durch 16 Jahre hinzieht.

Der Pat. acquirirte 1881 im Alter von 27 Jahren ein Ulcus durum, wurde durch Quecksilberbehandlung geheilt, heirathete 1884 und hatte ein gesundes Kind. 1885 zuerst tiefsitzende, dumpfe Schmerzen in den Beinen, Ende 1886 erste Lähmungserscheinungen im rechten Bein, 1887 Blasenkrampf und Blasenschwäche, 1891 auch Schwäche im linken Bein. 1892 Zunahme der Schwäche in beiden Beinen, Blasenlähmung. 1893 wird Geh.-Rath Erb konsultirt. Damaliger Status: Hochgradige Atrophie beider Unterschenkel. Linker Peroneus völlig, rechter großentheils gelähmt. Komplete Entartungsreaktion. Sensibilität an Füßen und Unterschenkeln herabgesetzt. Verdacht auf Neuritis ischiadica syphil. 1894 werden die Beuger am linken Oberschenkel ergriffen, 1895 Kreuzbein und Lendenwirbelsäule etwas druckempfindlich, 1897 beide Tibiales total gelähmt, 1898 die Beuger an beiden Oberschenkeln fast total. Die Sensibilitätsstörung war schon 1894 bis zu den Nates hinaufgegangen, und im selben Jahre verschwanden die Patellarreflexe. Anfang 1901 waren auch Ileopsoas und Quadriceps beiderseits paretisch. Häufige Anfälle sehr heftiger, ausstrahlender Schmerzen.

Der schwierig zu beurtheilende Fall wurde so aufgefasst, dass ein im Bereich der Cauda entstandener Tumor auf den Conus medullaris übergegriffen hatte. Entfernung der Bogen des 1. und 2. Lendenwirbels. In der Höhe des 1. Lendenwirbels wird das obere Ende eines Tumors gefunden, der das Rückenmark um einen vollen Wirbel nach aufwärts gedrängt hat. Entfernung eines hühnereigroßen Tumors aus dem sehr erweiterten Wirbelkanal. Tamponade wegen starker Blutung. Im weiteren Verlauf sehr starke Verluste von Liquor cerebrospinalis aus dem zerstörten Duralsack. Tod am 11. Tage. Die Sektion zeigte, dass nur ein kleiner Theil des Tumors (Angiosarcoma myxomatodes) entfernt war. Die ganze Geschwulst hatte eine Höhe von $13\frac{1}{2}$, eine Tiefe von $9\frac{1}{2}$ und eine Breite von 8 cm gehabt. Der Wirbel- und Sacralkanal war in eine entsprechend weite, inwendig ganz glatte, buchtige Höhle verwandelt, die sich fast ausschließlich nach der Bauchseite zu entwickelt hatte. Zwischen 4. und 5. Lendenwirbel beiderseits Durchwachsen des Tumors durch die erweiterten Intervertebrallöcher in die Wandmuskeln.

Was die Diagnose der Tumoren der Rückenmarkssäule anlangt, so hebt Vortr. als gemeinsame Charakteristica für die 3 ersten der mitgetheilten Fälle, in denen die Geschwulst stets auf der Rückseite des Markes saß, den Beginn mit Anfangs vagen, dann bestimmt lokalisirten, erst einseitigen, dann doppelseitigen neuralgischen Schmerzen hervor, die später (mit Zerstörung der betreffenden Wurzeln) nachließen und Herabsetzungen des Empfindungsvermögens Platz machten. Den initialen, sensiblen Reizerscheinungen folgten durch Druck auf die Pyramidenbahnen Lähmungen der unteren Extremitäten mit dem Charakter der spastischen Lähmungen, erst einseitig, dann paraplektisch, wobei aber noch sehr lange Zeit die Lähmung der erst befallenen Seite, die dem Sitz des Tumors entsprach, die hochgradigere blieb, wie sie auch nach operativer Entfernung desselben sich weit langsamer zurückbildete. Eine mehr oder weniger hochgradige Blasenlähmung wurde nie vermisst. Die Herabsetzung des Empfindungsvermögens war verschieden hochgradig und betraf alle Gefühlsqualitäten, wenn auch nicht alle in gleich hohem Grade. Sie nehmen von unten nach oben ab. An die oberste Grenze der Hypästhesie schloss sich stellenweise oder cirkulär eine schmale hyperästhetische Zone, oberhalb welcher die Empfindung wieder normal war. In dem Segment, welches der obersten Grenze der Gefühlsstörung entsprach, wurde regelmäßig auch das oberste Ende des Tumors gefunden. Fuß- und Patellarreflexe waren stets verstärkt, Bauchdeckenreflexe zum Theil aufgehoben.

Die Erfolge waren sehr erfreulich. Im 1. Falle hatte die motorische Lähmung der Beine 17 Monate lang bestanden und war $13\frac{1}{2}$ Monate nahezu total gewesen, im 2. war sie 6 Monate alt und ebenfalls zuletzt so gut wie absolut, im 3. war

sie im Lauf von 4 Monaten zu einer totalen geworden. In allen Fällen gingen die Lähmungserscheinungen nach der Operation prompt zurück, im 1. Falle entsprechend der längeren Dauer der Erkrankung langsamer und nicht ganz vollständig, aber doch bis zu einem sehr hohen Grade, in den beiden letzten relativ rasch und so gut wie absolut.

Im 4. Falle waren die Symptome aus solchen, die für eine mehr periphere Lähmung sprechen (von Anfang an schlaffe Lähmung, Atrophie der gelähmten Theile, Entartungsreaktion) und anderen, die einer Conusaffektion anzugehören schienen (Fortschreiten der Lähmung aus dem Bereich sacraler auf den lumbarer Segmente — Aufheben der Patellarreflexe — immer höheres Hinaufsteigen der sensiblen Lähmung) gemischt. Die Annahme, dass zur Zeit der Operation das Mark mit beeinträchtigt war, wurde durch diese bestätigt. Der Fall ist nicht nur diagnostisch von höchstem Interesse, sondern durch die gewaltige Größe der Neubildung und die enorme Erweiterung des Rückgratkanals wohl ein Unicum.

Was die Behandlung anlangt, so hält S. an der Brust- und Lendenwirbelsäule Versuche zu einer osteoplastischen Resektion der Bogen in der Regel für überflüssig und vielleicht nicht ganz ungefährlich. An der Halswirbelsäule ist sie bei Wegnahme mehrerer Bogen nothwendig, weil diese sonst zu viel von ihrem Halt verliert. Sie ist hier wegen der geringen Tiefe der Wunde, der größeren Breite der Zwischerräume zwischen den Bogen und der größeren Schlankheit der letzteren auch leicht ausführbar. S. durchtrennt die Bogen der Brust- und Lendenwirbel mit dem Meißel, die der Halswirbel mit der Gigli'schen Säge.

Den zuweilen bedenklichen Verlust von Liquor cerebrospinalis vermeidet er nach dem Vorgang von Sick durch sanftes Zuschnüren des Duralsackes oberhalb und unterhalb der Stelle, wo er eröffnet werden muss, durch einen Gummifaden oder einfachen Seidenfaden. Nachtheile von diesem Verfahren wurden nie beobachtet. Nach Entfernung des Tumors wird der Duralsack sorgfältig durch eine fortlaufende Naht geschlossen und unmittelbar darauf ein Gazestreifen gelegt und zum unteren Wundwinkel herausgeleitet. Darüber Etagennaht der Weichtheile. Der Streifen wird am 3.—4. Tage entfernt. Auf diese Weise gelang in 2 der beschriebenen und einem weiteren, vom Sekundärarzt der Klinik, Dr. Graff, operirten Fall eine völlige Prima intentio. In einem kam es zur Eiterung und profusem Abfluss von Liquor cerebrospinalis, dessen plötzliche Unterbrechung von Fieber und drohenden meningitischen Symptomen gefolgt war. Eine Lumbarpunktion war dabei von prompter Wirkung. Schließlich auch hier Heilung.

(Selbstbericht.)

Diskussion. Graff (Bonn) ist in der Lage, den Fällen seines Chefs einen weiteren hinzufügen zu können. Operation vor 14 Tagen. Beginn der Erkrankung vor 8 Monaten. Symptome: Ausstrahlende Schmerzen von den Brustwirbeln, spastische Lähmung beider Beine, Fußklonus, gesteigerte Patellarreflexe, Blasen- und Mastdarmlähmung, tiefe Anästhesie bis fast zum Schwertfortsatz. Nach Entfernung von 4 Wirbelbogen wurde ein extradurales, gefäßreiches Fibrom von der Größe einer Knackmandel exstirpirt. Aussicht auf vollkommene Genesung.

Bertelsmann (Hamburg).

(Fortsetzung folgt.)

---

19) **Bryant and Hale White.** A case of calcification of the arteries and obliterative endarteritis, associated with hydronephrosis, in a child aged six months.

(Guy's hospital reports Vol. LV.)

London, **J. & A. Churchill,** 1901.

Dieser ungemein interessante Fall stellt wohl ein Unicum in der Litteratur dar.

Das Kind, ein Knabe, war das 2. seiner Mutter und folgte 14 Monate auf ein zu früh und todt geborenes. Es war nach Aussage der Mutter »ein schönes Kind

und dick genug für zwei«. 2 Monate stillte die Mutter, dann blieb plötzlich die Milch aus, und das Kind wurde mit der Flasche ernährt. In den letzten 3 Monaten hat es dauernd abgenommen und ist schwächer geworden, ohne eigentlich krank zu sein, abgesehen von starker Verstopfung. 14 Tage vor dem Tode stellte sich Gangrän der rechten Zehen ein, die über den ganzen Fuß fortschritt.

Die Obduktion ergab eine Verkalkung fast sämmtlicher Arterien des Körpers, abgesehen von den Kopfarterien, derartig hohen Grades, dass die Arterien feste, harte Röhren darstellten, die beim Biegen unter Krachen zerbrachen. Außerdem war ihre Lichtung außerordentlich verengt, an den unteren Extremitäten stellenweise fast bis zur völligen Obliteration. Die mikroskopische Untersuchung ergab neben einer hochgradigen Verkalkung der Media eine enorme Verdickung der Intima bis auf das 5—6fache des Normalen, eine echte Endarteriitis obliterans; daneben Lockerung der Adventitia und Verdickung der Vasa vasorum. Auch im Herzen entsprechende Veränderungen.

Daneben bestand beiderseits Hydronephrose mit Atrophie des Nierengewebes, enorme Dilatation und Schlängelung der Harnleiter, die den Eindruck von Dünndärmen machten und Dilatation und Hypertrophie der Harnblase.

Endlich fand sich eine frische Tuberkulose der Lungen und der Milz.

Letztere halten Verff. für eine sekundäre Erkrankung des atrophischen Kindes. Die doppelseitige Hydronephrose führen sie auf Stauung des Urins in Folge einer Phimose extremen Grades zurück und verlegen ihre Anfänge in das intra-uterine Leben zurück. Eben so halten sie die Gefäßerkrankung für eine bereits in utero entstandene und nehmen als ihre Ursache neben der durch die Nierenerkrankung bedingten erhöhten arteriellen Spannung kongenitale Syphilis an, obgleich die Sektion sonst keinerlei syphilitische Veränderungen in den Organen aufdeckte, und der einzige Anhaltspunkt für eine Syphilis der Mutter die Früh- und Todgeburt des ersten Kindes war. **R. v. Hippel** (Kassel).

20) **Dehler.** Beitrag zur Behandlung des Tetanus traumaticus. (Aus der chirurgischen Klinik zu Würzburg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 36.)

Die Pat. wurde am 3. Tage nach dem ersten Auftreten von Trismus aufgenommen und in den nächsten 3 mit Einspritzungen des Tizzoni'schen Antitoxins, so wie mit Chloralhydrat innerlich behandelt. Während die zuerst befallenen Muskeln allmählich freier wurden, schritt der Process auf die anderen trotz Fortsetzung der Einspritzungen in kleineren Dosen und trotz Morphin noch bis zum ca. 10. Tage weiter, um dann langsam zurückzugehen. Heilung.

Kramer (Glogau).

21) **Poirier.** Fracture de l'étage antérieur du crâne, méningite consécutive, trépanation double, guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 17.)

P. beklagt, dass wir für die Behandlung der Schädelbasisfrakturen von den Fortschritten der modernen Chirurgie bisher so wenig Nutzen gezogen haben. Er empfiehlt, uns nicht auf die vermeintliche Desinfektion von Ohr, Nase, Pharynx zu beschränken, sondern beim Auftreten von Zeichen einer Meningitis aktiv vorzugehen. Als Beleg für den Erfolg, den die Trepanation in solchen Fällen geben kann, citirt er folgende Beobachtung:

Ein 32jähriger Mann, Trinker, hatte sich durch Sturz von einer Treppe einen Bruch des vorderen Theiles der Schädelbasis zugezogen. Trotz Temperatursteigerung am 3. Tage auf 38,5° verließ er gegen den Rath der Ärzte am gleichen Tage das Krankenhaus. Am folgenden Tage klagte er nur über etwas Kopfschmerz und ging zur Arbeit, musste indess Mittags wieder heimkehren. Der Kopfschmerz nahm zu; Aufregungszustände und geringes Delirium machten die Wiederaufnahme ins Krankenhaus am Abend nothwendig. Lähmungen irgend welcher Art fehlten, die Reflexe waren leicht erhöht; die Temperatur war auf 39,8° gestiegen, die Puls-

frequenz auf 60 gesunken. Da keine Besserung eintrat, ließ P. am 6. Tage nach dem Unfalle durch seinen Assistenten — er selbst war durch eine Infektion behindert — die doppelseitige Trepanation ausführen. Oberhalb des äußeren Gehörganges wurden beiderseits 2 Knochenstücke von je 6 cm Breite, 5 cm Höhe mit Hammer und Meißel entfernt und die gespannte harte Hirnhaut kreuzweise incidirt. Es entleerte sich eine beträchtliche Menge etwas blutiger, klebriger Flüssigkeit. Der Schläfenlappen wurde mit dem Zeigefinger angehoben und nun je ein Drainrohr zwischen Sphenoidallappen und Tentorium cerebelli und ein zweites unter den Temporallappen eingeschoben. Vor der Operation war durch Lumbalpunktion Cerebrospinalflüssigkeit entleert worden, deren Aussaat auf 2 Gelatine- und 2 Bouillonröhrchen Kolonien von Staphylococcus albus, in einem Gelatineröhrchen aber auch Staphylococcus aureus aufgehen ließ. Die Temperatur sank noch am Abend des Operationstages auf 38,2°, war am 4. Tage nachher auf 37° herabgegangen, die Pulsfrequenz auf 66 gestiegen. Am 36. Tage konnte P. den Pat. der Pariser chirurgischen Gesellschaft als geheilt vorstellen.

Reichel (Chemnitz).

22) **Mauclaire.** La radiographie dans les plaies pénétrantes du crâne par balle de revolver. Présentation de deux malades. Rapport par Tuffier.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 20.)

Im Anschluss an einen kurzen Bericht über 2 von M. erfolgreich operirte Fälle erwähnt Tuffier, dass er selbst 7mal den Apparat von Contremoulins zur Aufsuchung von Geschossen innerhalb des Schädels mit Erfolg benutzt habe. Er hält das Verfahren Contremoulins für die beste aller bekannten skiagraphischen Methoden. Der Apparat wurde bisher in 31 Fällen in Anwendung gezogen; in 2 dieser Fälle wurde das Geschoss bei den Extraktionsversuchen nur tiefer in das Gehirn gestoßen; in 28 Fällen gelang hingegen die Entfernung der Kugel; 1mal war ein Knochensplitter für ein Geschoss gehalten worden.

Reichel (Chemnitz).

23) **Matthiolius.** Schädelschuss und Röntgenaufnahme.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 591.)

Der Pat., zur Zeit Marinesoldat, hatte vor 4 Jahren ein Teschingeschoss von 5 mm Kaliber in die rechte Schläfe erhalten, das reaktionslos eingeheilt war, litt aber jetzt an unerträglichen Kopfschmerzen. Das Geschoss war durch Röntgenstrahlen — 2malige Aufnahme mit sagittal und transversal durchtretendem Licht — gut lokalisirbar, und zwar schien ein extrakranieller Sitz desselben wahrscheinlich. In der That fand es sich bei der Operation, die der Narbe entlang vordrang, in der Grube hinter der Linea semicircularis. Es saß ziemlich fest im Knochen, so dass es mit Meißelschlägen gelockert werden musste. Extraktion, Naht; Heilung und volle Beseitigung der Kopfschmerzen. Die interessanten Skiagramme sind der Arbeit beigefügt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

24) **A. Schiller.** Über einen Fall von tumorartiger Hyperostose des Schädels. (Aus der Heidelberger chirurgischen Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 40.)

Der mitgetheilte Fall betraf einen 30jährigen Mann, bei welchem die Schädeldifformität schon bei seiner Geburt bestanden und ein Geburtshindernis gebildet hatte — bei einem Bruder des Pat. war ein solches in abnormer Entwicklung des Brustkorbes gegeben gewesen —, seit dem Ende der Wachsthumsperiode aber zum Stillstand gekommen war. Die rechte Seite des Schädels war stärker betheiligt als die linke, die einzelnen Knochenauswüchse entsprachen sowohl am Stirnbein als an den Scheitelbeinen und am Hinterhaupt den Gegenden der Knochenkerne, so dass die Hyperostosenbildung als durch eine excessive Funktion der physiologischen Verknöcherungscentren des Schädels bedingt anzusehen war; am übrigen

Skelett fand sich nach der Röntgenuntersuchung keine ähnliche Abnormität. Pat. hatte nur während der Zeit bis zum Abschlusse des Wachsthums an heftigen andauernden Kopfschmerzen und rascher geistiger Ermüdbarkeit gelitten, war seitdem aber frei von diesen Beschwerden und anderweitigen Störungen.

Kramer (Glogau).

25) **E. v. Herczel.** Mittels provisorischer Resektion beider Oberkiefer entfernte Geschwulst der Schädelbasis.

(Ungarische med. Presse 1901. No. 16 u. 17.)

v. H. stellt im Budapester Ärzteverein einen 16jährigen Kranken vor, welchem ein breit aufsitzendes Schädelbasisfibrom, welches Fortsätze in die Nasen- und Orbitalhöhle ausgeschickt hatte, mittels temporärer Gaumenresektion nach Partsch entfernt wurde. v. H. rühmt dieses Verfahren, welches ohne großen Blutverlust eine vorzügliche Zugänglichkeit und ein tadelloses, funktionelles Resultat ergiebt. (Partsch's auf dem 27. Deutschen Chirurgenkongresse bekannt gegebenes Verfahren besteht in der »fallthürartigen Aufklappung« des horizontal mit dem Alveolarfortsatze abgesprengten Gaumens. Ref.)

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

26) **Hale White.** A case of cerebral tumour in which the scull was opened four times for the relief of headache and blindness.

(Guy's hospital reports Vol. LV.)

London, **J. & A. Churchill,** 1901.

Nur in etwa 8% der Fälle von Hirngeschwulst ist eine Radikaloperation möglich. Für die übrigen Fälle erweist sich gegen die beiden quälendsten Symptome, die Kopfschmerzen und die Abnahme des Sehvermögens, die Eröffnung des Schädels und event. der Dura als ein segensreiches Palliativmittel.

Diese Thatsache illustrirt die von W. gegebene ausführliche Krankengeschichte eines 18jährigen Mädchens, die zugleich ein bemerkenswerthes Beispiel eines ungewöhnlich langsamen Verlaufes einer Hirngeschwulst darstellt. Die Symptome bestanden im Wesentlichen in ungemein heftigen, nicht lokalisirten Kopfschmerzen, Abnahme des Sehvermögens bis auf Lichtschein, Stauungspapille mit folgender Atrophia nervorum opticorum und wechselnd stark ausgebreiteter und lokalisirter Anästhesie, so wie Erbrechen.

Das Leiden begann im August 1892 und dauerte bis zum Tode am 23. September 1900. Bis zum 31. August 1894 war Pat. erfolglos medikamentös behandelt worden; an diesem Tage wurde sie zum 1. Male trepanirt, die Dura nicht eröffnet, einzelne Stücke des Knochens wieder eingepflanzt. Von da bis zum 22. Mai 1895 wurden noch 3mal größere Stücke des knöchernen Schädels und der Dura entfernt, jedes Mal mit dem Erfolg, dass unmittelbar im Anschluss an die Operation das Kopfweh verschwand und das Sehvermögen sich erheblich hob. Meist war der Erfolg ein bald vorübergehender, 1mal hielt er nur 14 Tage an. Nach der letzten Operation aber waren die Kopfschmerzen volle 4 Jahre lang ganz gering, das Sehvermögen gebessert, so dass Pat. ungeführt gehen konnte.

Der Tod trat unter Hyperpyrexie bis 109,6° F. ein. Die Sektion ergab eine 2 zu 2,5 cm große Geschwulst im linken Nucleus caudatus, mikroskopisch als Spindelzellensarkom diagnosticirt.

W. hat in einer Anzahl ähnlicher Fälle gleichfalls sehr gute vorübergehende Erfolge von der Palliativoperation gesehen und glaubt, dass man den unglücklichen Kranken eine große Wohlthat damit erweist. Hirnvorfall und Lähmungen kommen danach wohl vor, sind aber nach seiner Erfahrung selten. In Ausnahmefällen, wenn kein wesentlicher Hirndruck vorhanden ist, kann die Operation erfolglos sein.

R. v. Hippel (Kassel).

27) **Hölscher.** Ein durch Operation geheilter Fall von Gehirnabscess im Schläfenlappen nach chronischer Mittelohreiterung. (Aus der Universitäts-Ohrenklinik zu Tübingen.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 40.)

Der Abscess kam bei dem mit einem Cholesteatom behafteten Pat. erst nach der Mastoidoperation und Freilegung der mittleren und hinteren Schädelgrube, nachdem die heftigen Stirnkopfschmerzen, Temperatursteigerung und vermehrte Pulsfrequenz nebst Schwindelgefühl fortbestanden hatten, Augenschmerzen, Nystagmus und Nackenschmerzen hinzugekommen, sodann auch Pulsverlangsamung, bei Fehlen einer Stauungspapille, aufgetreten war, plötzlich beim Verbandwechsel durch eine bei der Operation nicht bemerkte Fistel im Dach der Paukenhöhle zur Entleerung. Er wurde nunmehr von der Basis her freigelegt und eröffnet, worauf eine kolossale Steigerung der Pulsfrequenz über 150 erfolgte. Trotz Auftreten eines Gehirnvorfalls war der weitere Verlauf ein guter; die nekrotischen Gehirnpartien stießen sich langsam ab, und erfolgte schließlich völlige Heilung ohne Zurückbleiben von irgend welchen Störungen oder Schädigungen.

Kramer (Glogau).

28) **Hölscher.** Zwei Fälle von latent verlaufener Thrombose des Sinus sigmoideus nach Mittelohreiterung. (Aus der Universitäts-Ohrenklinik zu Tübingen.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 35.)

In beiden Fällen lautete auf Grund des klinischen Bildes, das in dem einen allerdings wegen vorherigen Auftretens von Schüttelfrösten verdächtig war, auf Warzenfortsatzempyem, und ergab erst die desshalb ausgeführte Operation das Bestehen von Folgezuständen bereits abgelaufener thrombotischer Processe; der Sinus war in Granulationen zerfallen, der Warzenfortsatz ganz sklerosirt, so dass eine Ausdehnung der Mittelohreiterung auf diesen unmöglich gewesen, der Eiter an anderer günstiger Stelle nach hinten gegen den Sinus zu durchgebrochen sei und einen perisinuösen Abscess gebildet haben musste. Bei beiden Pat. hat der Krankheitsprocess schon lange Zeit vor ihrer Aufnahme in die Klinik bestanden. Interessant war im 2. Falle das Fehlen jeglicher, auch nicht pathogener Keime im Eiter.

Kramer (Glogau).

29) **A. Luxenburger.** Über 2 Fälle von Hemiatrophia facialis progressiva und deren kosmetische Behandlung. (Aus der chirurgischen Universitäts-Poliklinik in München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 36.)

In beiden Fällen handelte es sich um eine halbseitige Atrophie des Unterhautzellgewebes mit geringer Betheiligung der tieferen Gewebe, im Fall I um einen seit $1^1/_2$ Jahre bestehenden, z. Th. schon zum Stillstand gelangten, im Fall II um einen im Anfangsstadium befindlichen Krankheitsprocess, dessen Ursache nicht aufgeklärt werden konnte. Zur Beseitigung der Entstellung machte L. einen Versuch mit den Gersuny'schen Vaselineinjektionen in Portionen von $^1/_4$—$^1/_2$ ccm; im Ganzen wurden bei der 1. Pat. 14 Pravazspritzen mit 11,5 g Vaseline, bei der anderen nur 4 eingespritzt. Abgesehen von rasch vorübergehendem Brennen und Röthung traten danach keine lokale und gleichfalls keine Allgemeinstörungen auf. Das erhaltene Resultat war zunächst ein durchaus befriedigendes; nach $1^1/_2$ Monate waren die Vaselinedépôts allerdings deutlich härter geworden und etwas geschrumpft, so dass eine geringfügige Nachkorrektur eintreten muss.

Kramer (Glogau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 48. **Sonnabend, den 30. November.** **1901.**

1) **E. v. Leyden** und **F. Klemperer.** Die deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts; in akademischen Vorlesungen. Liefg. 13—26.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1901. Mit Illustrationen und Tafeln.

In den neuen Lieferungen liegen nun auch eine größere Anzahl trefflicher Vorlesungen aus dem Gebiete der Chirurgie vor, in denen die Autoren solche Themata behandeln, mit welchen sie sich seit langer Zeit speciell beschäftigt und die durch sie ganz besondere Förderung gefunden haben. So bespricht v. Mikulicz die allgemeine Narkose, wobei er der durch Äther im Allgemeinen den Vorzug giebt, Schleich die lokale Anästhesie durch die verschiedensten Maßnahmen und Mittel. König entwirft mit knappen Strichen das Bild der Gelenktuberkulose, Bier behandelt die Absetzungen an den Gliedern, indem er vornehmlich die Brauchbarkeit der erzielten Stümpfe berücksichtigt und dabei, trotz aller Anerkennung des ein-

facheren Verfahrens von Hirsch, das osteoplastische Verfahren doch vor Allem empfiehlt. Ledderhose's Vortrag über die Folgen der Unfallverletzungen, ihre Verhütung, Behandlung und Begutachtung, der Sonnenburg's über Appendicitis, Kehr's über die chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit und Gluck's über die plastische Chirurgie im 19. Jahrhundert geben alle Zeugnis für die großartigen Erfahrungen, die die Autoren auf den betreffenden Gebieten gewonnen haben, aus denen heraus sie nun dem Praktiker ihren Rath ertheilen.

Nicht minder beachtenswerth aber sind auch für den Chirurgen die Vorträge aus anderen Gebieten, da ja eine reine Specialisirung einzelner Abschnitte der Medicin ein Unding ist und ein reeller Fortschritt nur möglich bei dem gleichartigen Zusammenwirken aller Theile. Daher sei das ganze Werk dem Studium aller Ärzte empfohlen, da es in angenehmster Form einen wissenschaftlichen Überblick über die deutsche Klinik in unseren Tagen gewährt.

Richter (Breslau).

---

2) **H. Cybulski.** Menthorol bei Kehlkopftuberkulose.

(Gaz. lekarska 1901. No. 35.)

Auf Grund seiner Erfahrungen mit Menthorol (Mischung von Parachlorphenol und Menthol) in Brehmer's Anstalt empfiehlt Verf. dasselbe in 10%iger Lösung sehr warm zu Pinselungen bei Kehlkopftuberkulose. Namentlich in schweren Fällen ist die schmerzstillende Wirkung des Mittels evident. **Trzebicky** (Krakau).

---

3) **H. v. Schrötter.** Contribution à l'étude du sclérom de la trachée avec remarques sur la valeur de l'étude systematique de cette maladie en général.

(Ann. des malad. de l'oreille, du larynx etc. T. XXVII. p. 221—293.)

v. S. theilt ausführlich die Krankengeschichte zweier Fälle mit, von denen der eine sicher, der andere wahrscheinlich ein primäres Sklerom der Trachea darstellt.

Im Anschluss daran giebt v. S. auf Grund ausgedehnter eigener Erfahrungen und der in der Litteratur niedergelegten Beobachtungen einen Überblick über den gegenwärtigen Stand der Skleromfrage, er weist dabei besonders auf die Punkte hin, die noch einer genaueren Erforschung bedürfen.

Aus dem reichen Inhalt seien folgende Punkte hervorgehoben. — Die von manchen Seiten als beste Behandlungsmethode des Skleroms empfohlene Laryngofissur möchte v. S. nur für die schwersten Fälle reservirt wissen; an der Wiener Klinik brauchte dieselbe bisher niemals ausgeführt zu werden. Selbst schwere Stenosen ließen sich durch Dilatation vermittels der v. S.'schen Bougies stets beseitigen; der Druck der Hartgummiröhren bringt die Infiltrationsherde

zum Zurückgehen. — Die geographische Verbreitung des Skleroms ist eingehend besprochen, speciell für die Steiermark, die Heimat der im ersten Theil angeführten Pat. Eine auffallende Häufung von Fällen fand sich entlang des Unterlaufes der Mur, an der großen Verkehrsstraße zwischen Steiermark und Ungarn resp. Slavonien. — Ein weiterer Abschnitt ist der Infektiosität des Skleroms gewidmet, einer Frage, die zur Zeit noch unentschieden ist. Impfversuche an Thieren schlugen stets fehl, eben so fiel ein Implantationsversuch negativ aus, den v. S. an sich selbst vornahm. Doch sprechen manche Thatsachen dafür, dass der Process, wenn auch in geringem Grade, infektiös ist. — Der Ansicht, dass der Sklerombacillus mit dem Friedländer'schen Pneumoniebacillus identisch sei, schließt v. S. sich nicht an. Versuche, ein immunisirendes Serum herzustellen, schlugen bisher fehl, Agglutinationsvorgänge konnten nicht beobachtet werden. Interessant sind die von v. S. angeführten Beobachtungen über Kombination von Sklerom mit Tuberkulose, Syphilis oder Carcinom. v. S. tritt der Ansicht Gerber's, dass unter dem Namen »Rhinosklerom« eine Reihe von Processen vereinigt seien, die zwar histologisch und bakteriologisch identisch sind, sich durch den klinischen Verlauf jedoch unterscheiden, auf Grund der Beobachtungen an der Wiener Klinik entgegen.

Den Schluss bildet ein 171 Arbeiten umfassendes Litteraturverzeichnis, das für Jeden, der sich eingehender mit dem Rhinosklerom beschäftigt, sehr werthvoll sein dürfte.

Hinsberg (Breslau).

---

4) **O. Frankenberger.** Sur la résection de la trachée.

(Ann. des malad. de l'oreille, du larynx etc. T. XXVII. p. 424.)

Ein Fall von durch Kropf bedingter Tracheomalakie, bei dem die angewandten Behandlungsmethoden kein befriedigendes Resultat erzielten, veranlasste F., die experimentellen Untersuchungen Colley's über die Resektion der Trachea wieder aufzunehmen. Colley hatte durch Experimente an Hunden gefunden, dass nach einfacher cirkulärer Resektion sich leicht diaphragmaartige Narben bilden, die den Erfolg illusorisch machen. Er vermied diese Narbenstenose bei Anwendung einer im Princip bajonettförmigen Schnittführung. — F. glaubt, dass für die Operation am Menschen die cirkuläre Resektion allein in Frage komme; die bajonettförmige Schnittführung sei aus verschiedenen Gründen praktisch nicht anwendbar. Er suchte desshalb bei seinen Experimenten festzustellen, ob sich die Bildung einer ringförmigen Narbe nicht doch durch Verbesserung der Technik umgehen lasse. — Über die einzelnen Versuche wird genau berichtet. Dieselben haben als Resultat ergeben, dass eine Narbenstenose ausbleibt, wenn man bei Vereinigung der beiden Trachealstümpfe die Nähte nur durch Knorpel und Perichondrium, nicht durch die Schleimhaut legt. F. glaubt, dass seine Methode auch beim Menschen anwendbar sei.

Die Frage, wie viele Trachealringe sich auf diese Weise exstirpiren lassen, vermag F. noch nicht zu beantworten. **Hinsberg** (Breslau).

---

5) **A. Chełmoński.** Über spontane nicht traumatische Rippenfrakturen bei Phthisikern und kachektischen Individuen.

(Gaz. lekarska 1901. No. 21.)

Verf. hat 13 Fälle von Rippenbruch in Folge Muskelkontraktion beobachtet. Hiervon betrafen 8 Phthisiker, die übrigen anderweitig herabgekommene Individuen. Die Diagnose kann unter Umständen schwer werden, da oft verschiedene Schmerzen anderen Ursprungs den Bruchschmerz markiren. Nur eine systematische Betastung des ganzen Brustkorbes kann vor Fehldiagnosen schützen.

Bei Phthisikern pflegt der Bruch zumeist bloß eine Rippe zu betreffen, bei Leuten, welche durch andere Leiden herabgekommen sind, oft mehrere. Sitz der Frakturen fast ausschließlich die unteren Rippen. Unter den veranlassenden Ursachen ist in erster Reihe starker Husten zu erwähnen. Gewöhnlich erfolgt glatte Heilung mittels Callus. **Trzebicky** (Krakau).

---

6) **T. Tuffier.** De la radiographie en chirurgie pulmonaire.

(Revue de chir. 1901. No. 8.)

In der genauen Lokalisation eitriger bezw. kavernenbildender Processe der Lungen lassen die physikalischen Untersuchungsmethoden oft im Stich, und in der Litteratur sind einige Beobachtungen niedergelegt, wo die Eiterherde bei der Operation überhaupt nicht gefunden und erst durch die Autopsie sichergestellt wurden oder nachträglich spontan durch die Operationswunde sich entleerten.

In 8 von 25 selbst beobachteten Fällen hatte T. Gelegenheit, die physikalsich erhobenen Befunde mit denen zu vergleichen, die er mittels Skiaskopie erhielt, und hat dabei folgende Erfahrungen gemacht:

1) Stimmen die Befunde von Auskultation und Perkussion mit denen der Durchstrahlung überein (4 unter 5), so gewährt letztere eine größere Sicherheit.

2) Gehen die Befunde aus einander (1 unter 5), so richte man sich nach dem Schatten des Röntgenbildes.

3) Auf der linken Seite wird die Verwendbarkeit der Röntgenuntersuchung durch den Herzschatten beeinträchtigt.

4) Auch sonst kann es vorkommen (Echinokokken z. B.), dass die Skiaskopie negativ ausfällt. **Christel** (Metz).

---

7) **Kawahara** (Japan). Über den Bruststich mit nachfolgender Lufteinführung.

(Virchow's Archiv Bd. CLXIV. p. 507.)

An über 70 Pat. hat Verf. den Bruststich bei der exsudativen Pleuritis in den letzten 10 Jahren so ausgeführt, dass er nach Ent-

leerung des Exsudates unmittelbar durch denselben Trokar atmosphärische Luft in den Brustfellraum eintreten ließ. In Anbetracht der günstigen Resultate der bei tuberkulöser Peritonitis ausgeführten Laparotomie glaubte Verf., dass die Lufteinführung bei der Pleuritis denselben günstigen Erfolg mit sich bringen würde. Seine Annahme hat sich jedoch nicht bestätigt, die Methode hat keine nennenswerthe Vorzüge hinsichtlich des Heilerfolges aufzuweisen. Verf. ist jedoch auch mit seinen geringen Erfolgen vollkommen zufrieden, besonders weil die Lufteinführung eine Reihe anderer Vortheile zur Folge habe, nämlich:

1) verhindert sie die Entstehung des so gefürchteten negativen Druckes und vermindert dadurch die sich entwickelnden Gefahren bezw. Beschwerden.

2) Die Furcht, dass der Lufteintritt beim Bruststich die bestehende Entzündung verschlimmere oder dieselbe in Eiterung umwandle, ist durch diese Arbeit vollkommen beseitigt.

3) In gleicher Weise hat sie den Beweis geliefert, dass der Streitpunkt zwischen den Vertretern der Früh- und der Spätpunktion, — Fiebererhöhung und Eiterung — gar nicht zu befürchten ist.

4) Die Missstände bei zu rascher Entleerung mittels Hebervorrichtung oder bei Aussaugung mittels Aspirators sind durch die nachfolgende Lufteinführung leicht auszugleichen, wenn man nur vernünftig verfährt.

5) Wenn trotz sehr reichlichen Ergusses wegen während der Operation eintretender starker Beschwerden die Entleerung frühzeitig beendet werden muss, kann man auch in solchem Falle durch die sog. Luftauswaschung den Rest des Exsudates in vielen Absätzen auspumpen.

6) Auch bei vermindertem Ausdehnungsvermögen der Lunge nach längerer Kompression oder wegen pleuritischer Verwachsungen kann man die Entleerung bewerkstelligen.

7) Selbst bei Kontraindikation durch blutiges Exsudat kann man mit vernünftiger Anwendung der Luftauswaschungsmethode, d. h. in mehreren Absätzen und kleinen Mengen, das Exsudat entleeren.

Fertig (Göttigen).

---

8) **Kelling.** Die Tamponade der Bauchhöhle mit Luft zur Stillung lebensgefährlicher Intestinalblutungen. (Aus dem physiologischen Institut der thierärztlichen Hochschule zu Dresden.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 38 u. 39.)

Bei seinen Versuchen hat K. zunächst den Blutdruck in den Magengefäßen des Hundes bestimmt und dabei gefunden, dass derselbe fast eben so hoch ist, wie der von ihm gelegentlich von Magenoperationen an Kranken nachgewiesene, nämlich im Durchschnitt ca. 50 mm Quecksilber. K. schloss hieraus, dass sich die meisten



Blutungen in der Bauchhöhle durch einen Gegendruck von ca. 50 mm Hg stillen lassen müssten, und hat nun weiter experimentell geprüft, ob ein derartiger, durch Ausfüllung der Bauchhöhle mit Luft herbeigeführter Druck vertragen werden würde. Hierbei zeigte sich, dass der Druck in der Femoralis durch solche Drucksteigerung im Bauch fast gar nicht beeinflusst wurde, und dass, wie die endoskopische Betrachtung der uneröffneten Bauchhöhle durch ein Fiedler'sches Trokarrohr ergab, die komprimirten Bauchorgane blutarm wurden und bei oberflächlicher Verletzung fast gar nicht bluteten. Wurden vor der Anfüllung des Bauches mit Luft Blutungen in demselben herbeigeführt, und nachher seine Aufblasung mit Luft gemacht, so kamen die Blutungen ziemlich schnell zum Stehen, bezw. floss das Blut aus größeren arteriellen Gefäßen bedeutend schwerer aus. Die Gefahr, mittels des Trokars, durch dessen Rohr die Lufteinblasung nachher geschieht, Eingeweideverletzungen oder ein Emphysem der Bauchdecken herbeizuführen, hält K. bei richtiger Technik für nicht belangreich, auch sonstige nachtheilige Folgen durch solche vermeidbar; allerdings giebt er zu, dass die Lufttamponade auf die Athmung einen ungünstigen Einfluss ausüben könne, und hält desshalb ihre Anwendung bei Bestehen von Herz- und Lungenaffektionen für nicht empfehlenswerth. Andererseits konnte er eine Schädigung der Eingeweide durch die Anämisirung bei den Versuchsthieren nicht beobachten.

In Bezug auf die Ausführung der Lufttamponade giebt Verf. genaue Vorschriften, die in der Arbeit nachgelesen werden müssen; die zu injicirende Luft wird durch besondere Vorrichtungen in dem Apparat und Watte filtrirt, der erstere exkl. Manometer und Gummigebläse vor der Benutzung ausgekocht. — Am Menschen hat K. bisher noch nicht Gelegenheit gehabt, den Werth des Verfahrens bei Blutungen in die Bauchhöhle zu prüfen. **Kramer** (Glogau).

---

9) **Sonnenburg.** Appendicitis und ihr Zusammenhang mit Traumen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 38.)

S. tritt den zu Missverständnissen Anlass gebenden Äußerungen Neumann's entgegen, der annimmt, dass in der weitaus größten Mehrzahl der Fälle das Trauma einen gesunden Wurmfortsatz nur zur Erkrankung bringen könne, wenn er einen Kothstein enthält. Mit Recht weist er darauf hin, dass das aber schon ein erkrankter Wurmfortsatz ist. Der Unfall kann die bereits bestehende Entzündung des Wurmfortsatzes neu aufflackern lassen, nicht aber einen gesunden Wurmfortsatz zur Entzündung bringen.

Borchard (Posen).

---

10) **Kukula.** Recherches sur les auto-intoxications dans les occlusions intestinales.

(Journ. de chir. et ann. de la soc. belges de chir. 1901. Hft. 3.)

In obiger außerordentlich sorgfältigen Arbeit, welche auf mehr als 200 Einzelexperimenten am Thier basirt, führt K. den Beweis, dass bei Abschnürungen des Darmrohres in dem Darminhalt sich eine Reihe toxischer Substanzen anhäufen, welche im normalen Darminhalt zwar auch, aber in geringerer Menge vorhanden sind. Die gesteigerte Putrescenz bei Einklemmungen bedinge die Anhäufung dieser Toxine, welche, sowohl in den Darmgasen, als in der Darmflüssigkeit vorhanden, nun, unter erhöhtem Druck resorbirt, die ganze Reihe von Symptomen der Vergiftung zeigen, welche sich als Erbrechen, Antiperistaltik, Koma, Collaps, Puls- und Respirationsveränderungen, Sekretionsänderungen der Haut, Schleimhäute, Nieren etc. äußern. Dass das Erbrechen, die Antiperistaltik zum Theil auch Reflexerscheinungen sind, will K. nicht bestreiten, namentlich im Beginn der Darmabschnürung; aber die Reflexe sind Nebensache, die Intoxikation Hauptsache.

Über die Natur dieser Toxine kann K. noch kein abschließendes Urtheil abgeben, so viel kann er aber schon sagen, dass der Schwefelwasserstoff und das Merkaptan nicht die einzigen und nicht die wichtigsten sind. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

---

11) **Barge.** Du traitement des fistules à l'anus par l'ablation.

Thèse de Paris, 1901.

Nach dem Vorgehen von Soulignoux empfiehlt Verf., bei Analfisteln den Fistelgang mitsammt seiner infiltrirten Umgebung nach Art einer Geschwulst zu excidiren, wobei Durchschneidung der Mastdarmwand und des Sphinkters vermieden werden muss. Es wird nur die Einmündungsstelle der Fistel in den Darm umschnitten und die Öffnung vernäht. Dann folgt die exakte Vernähung und Schluss der gesammten Wunde durch Etagennähte. Oft erfolgt selbst bei sehr ausgedehnten Fisteln Heilung per primam, aber auch bei den anderen Fällen tritt schnellere Vernarbung ein als nach der gewöhnlichen Methode der Spaltung und Ausschabung der Fistel.

Mohr (Bielefeld).

---

12) **Balacescu.** Die Ligatur der Gefäße der Milz beim Thier. (Aus dem Universitätsinstitut für chirurgische und topographische Anatomie [Prof. Dr. Jonnesco] zu Bukarest.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 35.)

Eine Anzahl von an Thieren angestellten Versuchen hat folgende Ergebnisse gehabt: Die Unterbindung des ganzen Gefäßstiels der Milz mit Einschluss des Lig. gastro-lienale bewirkt Gangrän des Organs und wird in der großen Mehrzahl der Fälle von tödlichen Erscheinungen begleitet. Wenn dagegen die Thiere der durch die

Absorption der gangränösen Milz verursachten Intoxikation widerstehen, so wird die Milz vollständig atrophisch. Diese Atrophie tritt in relativ kurzer Zeit auf, so dass das Organ nach 8 Tagen zu einem kleinen Knoten zusammengeschrumpft ist. Die Unterbindung nur der Arterie oder der Vene der Milz verträgt sich mit dem Leben des Thieres und ohne dass die Funktionen der Milz geschädigt werden; denn die collateralen Wege führen dem Organ genügendes Ernährungsmaterial zu. Der nach der Unterbindung nur der Arterie oder der Vene auftretende Atrophieprocess ist minimal und findet langsam statt. Wenn die Vasa efferentia verkleinert sind, erfolgt derselbe rasch, das interstitielle Gewebe wuchert in reichem Maße, und die Erscheinungen der atrophischen Milzcirrhose sind sichtbarer. Die zwischen der Milz und der Bauchwand sich bildenden neuen gefäßhaltigen Verwachsungen reichen aus, um ein vegetatives Leben des Organs zu unterhalten. Und so verfällt die Milz nach Verschluss ihrer großen Vasa efferentia der Gangrän nicht, sondern lebt weiter, ihr Atrophieprocess ist jedoch rasch, und die normalen Milzfunktionen verschwinden nach und nach. Schließlich dringen die Mikroorganismen des mit ihr verwachsenden Darmes in die Milz ein, nachdem dieselbe aus der Blutcirkulation ausgeschaltet worden.

Kramer (Glogau).

---

13) **A. Nannotti** (Pistoja). Secondo contributo allo studio delle indicazioni della splenectomia nella splenomegalia malarica.

(Clinica chir. 1900. No. 9 u. 10.)

N. berichtet, entsprechend seiner gleichnamigen Publikation von 1897 (referirt Centralblatt für Chirurgie 1898 p. 140) über seine Erfahrungen Betreffs der Behandlung der Milzschwellungen in Fällen schwerer alter Malariainfektionen. Das Material entstammt dem Spital von Grosseto. Die Fälle sind alle jahrelang beobachtet, die konstatirten Heilungen lange Zeit hindurch verfolgt.

Die Milzschwellung in Folge Malariainfektion kann, unter sorgfältiger Behandlung, stets verkleinert werden, doch hängt das Maß der Besserung vom individuellen Zustand der Pat. ab. In Fällen besonders ausgesprochener Splenomegalie, die mit Malariakachexie komplicirt ist, in welchen auch andere Organveränderungen nachweisbar sind, verkleinerte sich die Milz unter dem inneren oder subkutanem Gebrauch von Chinin, Eisen-, Arsenverbindungen, Hydrotherapie etc. Die durch den Druck des Organs hervorgerufenen Beschwerden nehmen allmählich ab, eben so mit dem Zurückgehen der Perisplenitis die Verwachsungserscheinungen. Die Verkleinerung hält im Allgemeinen gleichen Schritt mit der allgemeinen Kräftigung und der Wiederkehr der normalen Blutzusammensetzung. — Ist aber die Milzschwellung so zu sagen das einzige Überbleibsel einer älteren Malariainfektion, so ist auch die specifische Malariatherapie nicht im Stande, die Verkleinerung zu erzielen. Es handelt sich eben in

diesen Fällen nicht um eine Malariamilz, sondern um eine einfache Hyperplasie und Hypertrophie des Organs.

Sowohl Fälle der 1. Gruppe, wie solche aus der 2. können Gegenstand chirurgischen Eingriffs, d. h. der Milzexstirpation werden, wenn die lokalen Erscheinungen unerträglich werden, und besonders, wenn nach der Untersuchung und längeren Beobachtung eine Stieldrehung möglich erscheint.

N. hat 9 Splenektomien ausgeführt mit 3 Todesfällen (2 Pneumonien, 1 schwere Hämatemesis). Schnitt in der Mittellinie, manchmal dazu Querschnitt; präventive Unterbindung der Verwachsungen und Lösung derselben; isolirte Unterbindung und Durchschneidung der Art. splenica, dann der einzelnen Gefäße; Versenken des Stieles.

N. beobachtete fast stets eine bedeutende Besserung im Allgemeinbefinden des Pat. Doch ist es nicht möglich, genau zu entscheiden, ob sie aus dem Aufhören der lokalen Beschwerden resultirt, oder, wie Jonnesco meint, der Entfernung der großen Menge in der Milz angehäufter toxischer Substanzen entspricht.

Jedenfalls ist die Indikation zur Milzexstirpation — im Gegensatz zu Jonnesco — sehr selten zu stellen; die meisten Fälle sind der internen Therapie zu überweisen.

Die Krankengeschichten enthalten eine Fülle interessanter Details über das Verhalten der Leber (vikariirende Vergrößerung?), Knochenmark, spätere Infektionskrankheiten, die sich dem Referat entziehen.

J. Sternberg (Wien).

Kleinere Mittheilungen.

Prolaps eines Diverticulum ilei in Folge von Nichtobliteration des Ductus omphalo-mesaraicus.

Von

Dr. Herbing in Stettin.

Dem Verf. wurde ein 6 Wochen altes, sehr elendes Kind männlichen Geschlechts überwiesen, welches auf dem Nabel eine Geschwulst hatte, die gleich nach dem Abfallen der Nabelschnur bemerkt wurde. Die Geschwulst saß kurzstielig auf dem breiten wulstigen Nabel auf, hatte die Größe einer Kirsche, eiförmige Gestalt, war von dunkelrothem, sammetartigem Aussehen, feuchter Oberfläche, ziemlich fester Konsistenz und hatte nahe dem oberen Pol eine kleine Delle, in welche die Sonde 2 cm tief in der Richtung nach dem oberen Teile der Bauchhöhle eindrang. Ausfluss von Darminhalt aus dieser Öffnung war nie beobachtet worden, dagegen entleerte sich einmal bei sehr heftigem Schreien ein wenig schaumige, klare Flüssigkeit. Das Kind, welches mit der Brust genährt wurde, erbrach seit der Geburt vielfach einen großen Theil der Nahrung, schrie viel und zeigte große Unruhe. Die Zunge war theilweise braungelb belegt und trocken; Stuhlgang wurde täglich entleert; keine weiteren Missbildungen.

Da die Geschwulst mit Schleimhaut überzogen und von einem Gange durchsetzt war, welcher augenscheinlich in den Bauch hineinführte, so konnte es sich wohl nur um eine Urachusfistel oder einen Darmprolaps handeln, wie er in Folge von Nichtobliteration des Ductus omphalo-mesaraicus unter Bildung eines Diverticulum ilei mehrfach beobachtet worden ist. Gegen erstere sprach der Umstand,

dass die Sonde in der Richtung nach oben drang, für letzteren, dass augenscheinlich ein Darmtheil im Nabelringe eingeklemmt war, wodurch das Erbrechen hervorgerufen wurde. Solche Einklemmungserscheinungen sind in noch stärkerem Maße, bis zum Eintritt von Gangrän, beobachtet worden.

Die Beseitigung des Zustandes und die Rettung des schon sehr elenden Kindes konnte nur durch einen operativen Eingriff erreicht werden, welchen ich am 13. Februar d. J. ausführte. Nachdem das Kind in tiefe Chloroformnarkose gekommen und in dieser festgestellt war, dass die Sonde nunmehr leicht 6 cm tief durch die Delle der Geschwulst drang, wurde oberhalb und unterhalb der letzteren in der Mittellinie je ein 2 cm langer Schnitt durch die Bauchdecken gemacht. Die Geschwulst ließ sich von dem sie fest einchnürenden Nabelringe stumpf ablösen und erwies sich in der That als das offen gebliebene prolabirte und ektropionirte Ende eines Diverticulum ilei von 3—4 cm Länge, welches aus dem freien Rande einer Dünndarmschlinge hervorgewachsen ist und die gleiche Dicke und das gleiche Aussehen wie diese hat. Vom Mesenterium jener Darmschlinge setzt sich auf das handschuhfingerförmige Divertikel, und zwar auf seine obere Fläche, ein feines durchsichtiges Mesenteriolum bis an die Einschnürungsstelle am Nabel fort, wo es fest angewachsen ist und mit einem Scherenschlage abgetrennt wird. An welchem Theile des Dünndarmes das Divertikel sich befand, habe ich in Rücksicht auf den elenden Zustand des Kindes nicht festgestellt. — Abtragung des Prolapses zwischen zwei Seidenligaturen, Einstülpen des Stumpfes und Übernähen mit Serosanähten. Die hervorgezogene Dünndarmschlinge lässt sich erst nach breiterer Spaltung der Bauchdecken zurückbringen; Radikaloperation des Nabelbruches. Nach 24 Stunden ließ das Erbrechen nach und hörte bald ganz auf, das Kind erholte sich zusehends. Heilung per primam. Vier Monate später ging das Kind an Brechdurchfall zu Grunde, was ich leider zu spät in Erfahrung brachte.

Fälle von prolabirtem Meckel'schem Divertikel sind mehrfach, jedoch wie es scheint, im Ganzen sehr selten beobachtet worden. Leicht war die Diagnose in solchen Fällen, in welchen Koth aus der Fistel entleert wurde.

---

14) 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Hamburg.

Sektion für Chirurgie.

(Fortsetzung.)

Quincke (Kiel): Chirurgische Behandlung der Lungenkrankheiten.

Q. beginnt mit der Bemerkung, dass es hauptsächlich eitrige Processe sind, die ein chirurgisches Eingreifen an den Lungen verlangen. Unter diesen sind es wieder die parenchymatösen Eiterungen, welche häufiger ein operatives Vorgehen angezeigt erscheinen lassen als die Bronchiektasien.

Die Ersteren entstehen zumeist auf dem Weg der Aspiration, seltener durch Verschleppung der Eiterungserreger auf der Blutbahn.

Redner bespricht sodann die Gründe, warum die Lungenchirurgie sich so spät entwickelt habe. Es seien in Folge dieser Verzögerung eine Reihe Fragen offen geblieben, von denen sein Referat den pathologischen und diagnostischen Theil betreffen solle.

Q. nimmt folgende Eintheilung an:

I. a. Akute einfache Abscesse.
   b. Akute putride Abscesse.
II. a. Chronische einfache Abscesse.
   b. Chronische putride Abscesse.
III. Fremdkörperabscesse.
IV. Tuberkulose.

Vor deren specieller Besprechung werden die Heilungsbedingungen untersucht, und wird festgestellt, dass für den Oberlappen der Eiterabfluss in die Bronchien

zwar ein leichterer sei, die Expektoration durch Husten, die Vernarbung aber schwieriger; beim Unterlappen sei der Eiterabfluss schwieriger, dagegen die Kompression beim Husten und die Zusammenziehung des Lungengewebes erleichtert. Auch dort, wo mehrfache kleine Höhlen und starres Lungengewebe die völlige Ausheilung verhindern, kann durch die Eröffnung nach außen der Lebensgenuss ermöglicht werden. Q. bespricht sodann die Diagnose; die eingehende Erörterung ihrer Schwierigkeit und Möglichkeit kann hier eben so wenig wiedergegeben werden, wie das über die Diagnose der Adhäsionen Gesagte.

Hervorgehoben wird der Werth der mikroskopischen Diagnose. Es spricht für Lungenabscess, wenn sich elastische Fasern im Auswurf finden, eben so das überwiegende, massenhafte Vorkommen eines einzelnen Coccus wie des Strepto-, Staphylo- oder Pneumococcus; außerdem, wenn der eitrige Auswurf periodenweise auftritt. Die klassischen Höhlensymptome lassen namentlich bei den Höhlen des Unterlappens oft im Stich.

Der akute einfache Abscess entsteht am häufigsten aus krupöser Pneumonie; zeigt er keine Neigung zur Spontanheilung, welche nach 3—10 Wochen eintreten kann, so soll er operativ angegriffen werden. Bei putriden Herden, welche durch Mischinfektion mit Fäulniserregern entstehen, ist die Indikation zur Operation dringlicher, da leicht Komplikationen eintreten.

Frische, nicht demarkirte Gangränherde sollen, wenn diagnosticirt, eröffnet werden. Prognose: Für akute Abscesse gut; für putride etwas schlechter, zumal da diese häufig von vorn herein mehrfach auftreten.

Chronische Abscesse und Bronchiektasien stehen in wechselseitigem ursächlichem Verhältnis und werden fast ausnahmslos neben einander gefunden. Was das Primäre war, ist meistens nicht zu entscheiden. Wichtig ist die Frage, ob es sich um eine große oder mehrere kleinere Höhlen handelt. Im Allgemeinen heilen die chronischen Herde, ob sie putride sind oder nicht, schwerer. Für sie ist außer der Eröffnung noch Entspannung der Brustwand (Thorakoplastik etc.) erforderlich; event. kann der ganze von Höhlen durchsetzte Lungentheil auch abgetragen werden (Krause).

Fremdkörperabscesse sind wohl immer putride; die direkte Entfernung des Fremdkörpers gelingt häufig nicht. Hat ein Fremdkörper einen putriden Abscess verursacht, so ist auch ohne bestimmte Lokaldiagnose die baldige Anlegung einer Bronchialfistel unter dem rechten Schulterblattwinkel zu empfehlen, um durch Ableitung des putriden Sekrets weiteren sekundären Herden vorzubeugen. Lässt sich eine auf den Oberlappen beschränkte Lungenerkrankung höheren Grades nachweisen, so wird eine Immobilisation dieses Lungentheiles durch Thorakoplastik ein wohlberechtigter Versuch sein.

Garrè (Königsberg i/Pr.), das gleiche Thema behandelnd, bespricht die Pneumotomie vom rein chirurgischen Standpunkt. Er hält es nicht für nöthig, die Lungenoperationen auf die Fälle mit Pleuraverwachsungen zu beschränken. Zwar hat man bisher in 87% aller Fälle Verwachsungen bei der Operation gefunden, doch dürfte dieser Befund nicht so häufig sein, wenn man, was für die Zukunft zu erhoffen ist, mehr frische Fälle operirt. Der Nachweis der Verwachsungen ist oft nicht möglich, doch sind die Gefahren der Eröffnung der freien Pleurahöhle erheblich übertrieben worden. Jedenfalls lassen sich ihre Gefahren vermindern, wenn man das Mediastinum dadurch unbeweglich macht, dass man die Lunge nach Eröffnung der Brusthöhle in die Wunde hinein fixirt. Macht man das Mediastinum unbeweglich, so wird die Beeinträchtigung der gesunden Lunge, durch deren mangelhafte Funktion der Tod allein herbeigeführt wird, aufgehoben. Beweise: »Thierexperimente, Erfahrungen bei Verwachsungen, mehrfache direkte Erprobung des Verfahrens: Schema der Luftdruckverhältnisse«.

Die Infektion des Pleuraraumes kann durch exaktes Herausnähen der Lunge auf ein Minimum beschränkt werden (fortlaufende Naht mit Hinterstichen, kombinirt mit Tamponade). Es ist also in der Regel die einseitige Operation zu machen. Eine ausgedehnte Mobilisirung der Wände der Brust ist oft dringend nöthig, auch sollen Pleuraschwarten entfernt werden. — Technik: Chloroform oder

Lokalanästhesie. Lagerung auf gesunder Seite zu vermeiden, Schnitt nicht zu klein. Ausgedehnte Rippenresektion soll erst gemacht werden, wenn sich der Bedarf dazu herausstellt, mindestens sollen aber immer 4—6 cm Rippe fortgenommen werden. Die Eröffnung der Pleura darf nur langsam geschehen; tritt trotzdem Collaps ein, so wird die Lunge fest gefasst und in die Wunde gezogen. Fixation der Lunge durch 1—2 cm Lungenparenchym fassende Nähte, Nahtstiche bei jeder Exspiration, bei Inspiration Tamponade.

Die Pneumotomie wird bei Schwarten mit dem Messer, sonst mit dem Paquelin gemacht. Die Herde sind oft schwer zu finden.

Punktionen in die freigelegte Lunge sind ungefährlicher als bei intakter Pleura. Beim Einbrennen ist das Anlegen tiefer Kanäle zu vermeiden, damit man eventuelle Blutungen beherrschen kann.

Nach Eröffnung des Herdes lässt man die ungelösten kranken Lungenpartien in Ruhe; Fetzen, Sequester etc. werden entfernt. Keine Ausspülung!

Bei allen chronisch-entzündlichen Herdprocessen ist ausgedehnte Mobilisation nöthig, event. durch Nachresektion von Rippen.

Unter jedesmaliger eingehender Würdigung der Litteratur, der Statistik und seiner eigenen Erfahrungen bespricht sodann G. die einzelnen Erkrankungsformen.

1) Bei Tuberkulose erklärt er unter bestimmten seltenen Voraussetzungen einen operativen Eingriff, der entweder den Herd selbst angreift oder die Brustwand mobilisirt oder in künstlichem Pneumothorax (nach Murphy) besteht, für berechtigt.

2) Bei Aktinomykose ist ein aktives Vorgehen am Platze.

3) Bei Abscessen wird frühzeitige Eröffnung empfohlen, bei veralteten kombinirt mit Resektion des indurirten Gewebes und Mobilisation von Lunge und Brustwand. (77 Heilungen und 19 Todesfälle nach der Operation[1]).

4) Das gleiche Verfahren wird bei Gangränherden empfohlen; die Eröffnung wird namentlich am Unterlappen am besten einzeitig gemacht mit Entfernung der vorderen Wand der Gangränhöhle. Das Letztere ist übrigens auch für die übrigen Processe angezeigt. (80 Heilungen, 42 Todesfälle.)

5) Bei Bronchiektasie, deren bisherige operative Behandlung wenig günstige Resultate ergab, wird ausgiebige Mobilisation der Brustwand und frühzeitige Operation möglicherweise bessere Resultate ergeben. (36 Heilungen, 21 Todesfälle.)

6) Echinokokken geben bei Eröffnung und Ausräumung sehr günstige Resultate (Punktion verworfen). (79 Heilungen, 8 Todesfälle.)

7) Bei bösartigen Neubildungen soll event. ein radikaler Eingriff versucht werden.

Das vorstehende Referat kann nicht den Anspruch machen, auch nur das Wichtigste vollständig wiedergegeben zu haben, es muss auf die in den Grenzgebieten erscheinende Publikation des Autors hingewiesen werden. Erwähnt möge noch werden, wie G. die Indikation zur Operation bei Tuberkulose stellt.

1) Die breite Eröffnung, Drainage resp. Tamponade einer Kaverne ist in Fällen von Sekretstauung und Zersetzung durch pyogene Mischinfektion mit septischen Fiebererscheinungen berechtigt.

2) Die breite Freilegung und nach Möglichkeit Resektion des infiltrirten Lungengewebes mit ausgiebiger Thorakoplastik ist berechtigt bei isolirten Kavernen und tuberkulösen Herden im Unterlappen.

3) Die Mobilisation der Brustwand resp. der Pleura ist angezeigt bei singulären stabilen Kavernen der Lungenspitzen.

Diskussion. Lenhartz (Hamburg) hat unter 6 Fällen von Bronchiektasien 3 geheilt, 3 sind gestorben.

Von 23 Fällen von Lungengangrän starben 12, während 11 geheilt wurden. L. stellt eine Reihe von Pat. vor, bei denen trotz großen Verlustes an Lungen-

---

[1] Die Zahlen der Geheilten und Gestorbenen sind aus der Litteratur zusammengetragen.



gewebe völlige Heilung eingetreten ist, so dass überall normale Auskultations- und Perkussionsverhältnisse vorlagen.

Bardenheuer (Köln) theilt mit, dass er an einer Reihe von Ziegen Versuche über den Pneumothorax gemacht habe. Er könne die Angaben Garrè's über die Verhältnisse des Mediastinums voll bestätigen.

v. Ziemssen (München) erläutert an mitgebrachten Röntgenbildern einen Fall von Streptothrix der Lungen. Er fragt an, ob ein operativer Eingriff am Platze erscheine.

Bäumler (Freiburg) will sich bei Lungengangrän mehr passiv verhalten; diese Erkrankung heile oft unter Terpentinbehandlung sehr gut aus. In einem zur Sektion gekommenen Falle erwies es sich, dass die Ursache des fötiden Sputums ein altes Blutgerinnsel in einer Kaverne gewesen war.

Rehn (Frankfurt a/M.) ist mehr für sofortiges Eingreifen bei Lungengangrän, um schwerere Komplikationen zu vermeiden.

Weisker (Gera) hält aus theoretischen Gründen das Garrè'sche Schema über die Verhältnisse des Mediastinum nicht für zutreffend.

Quincke und Garrè erörtern zum Schluss die Narkose, über die sie nicht völlig übereinstimmen. G. benutzt Chloroform, indem er durch entsprechende Lagerung des Pat. Aspiration möglichst vermeidet, Q. aus Furcht vor der Letzteren die Schleich'sche Anästhesie. **Bertelsmann** (Hamburg).

Kelling (Dresden): Über die Besichtigung der Speiseröhre und des Magens mit biegsamen Instrumenten.

Redner weist die diagnostische Bedeutung der Ösophagoskopie an der Hand von 134 von ihm untersuchten Fällen nach. Die Gastroskopie kommt hauptsächlich für die Frühdiagnose des Magenkrebses in Frage, wenn noch kein palpabler Tumor und keine Stagnation vorhanden ist. Die Erfahrungen des Redners ergeben, dass man mit dem Gastroskop die Diagnose Carcinom stellen resp. ausschließen kann. Er demonstrirt ein nur durch das Gastroskop diagnosticirtes und dann von ihm mit Erfolg resecirtes Ulcus carcinomatosum. Auch kann man, so weit es den Magen anbetrifft, die Operabilität des Tumors feststellen. Es wird eine Serie von 13 gastroskopirten Fällen einer Serie von 14 unter denselben Indikationen probelaparotomirten Fällen gegenüber gestellt. Um nun auch Metastasen der Leber, Drüseninfiltrationen etc. vor der Operation feststellen zu können, hat Vortr. eine neue Methode der Besichtigung der Bauchhöhle (Kölioskopie) ausgebildet. Die Bauchhöhle wird durch einen Fiedler'schen Trokar aufgeblasen mittels Luft, welche durch Watte filtrirt wird. Dann wird unter Schleich'scher Anästhesie ein 2. Trokar eingestochen, durch welchen sich ein geeignet konstruirtes Cystoskop einführen lässt. Die Anwendung der Methoden wird demonstrirt, Ösophagoskopie und Gastroskopie am Menschen und Kölioskopie am Hunde. (Selbstbericht.)

v. Mikulicz (Breslau): Chirurgische Erfahrungen über Magencarcinom.

v. M. berichtet über 458 Fälle von Magencarcinom, die er während des Decennium April 1891 bis März 1901 klinisch beobachtet hat. In diese Zahl sind eingeschlossen 46 Fälle von Cardiacarcinom. Die Diagnose wurde in der Mehrzahl der Fälle durch die Operation festgestellt, in den nicht operirten Fällen entweder durch die Obduktion oder durch die weitere Beobachtung des Krankheitsverlaufes. Mehrere Fälle von Cardiacarcinom wurden durch das Ösophagoskop resp. durch eine Probeexcision auf ösophagoskopischem Weg diagnosticirt.

128 Fälle wurden nicht operirt, meist, weil eine radikale Operation nicht mehr durchführbar war, für eine palliative dagegen, namentlich für die Gastroenterostomie, keine ausreichende Indikation vorlag; in einzelnen Fällen haben die Kranken die ihnen vorgeschlagene Operation abgelehnt. Von diesen 128 Fällen starben 14 noch in der Klinik. Es wurde versucht, die Lebensdauer der nicht operirten Fälle mit Bezug auf den Beginn des Leidens, d. h. die Zeit,



zu welcher die ersten ernstlichen Krankheitserscheinungen auftraten, festzustellen; bei 67 in dieser Richtung verwerthbaren Fällen schwankte die Lebensdauer bis zum eingetretenen Tod zwischen wenigen Monaten und 38 Monaten; im Mittel betrug sie $11^1/_5$ Monate.

320 Fälle wurden operirt. Die Operationen vertheilen sich folgendermaßen:

1) Einfache Probeincisionen. 44mal
2) Gastrostomien (bei Cardiacarcinomen) 27 »
3) Jejunostomien . . . . 12 »
4) Gastroenterostomien . . . . 143 »
5) Resektionen . . . . 100 »
6) Exstirpation des Magens . . . . . . 3 »

1) Probeincisionen. Von den 44 Operirten starben im Anschluss an die die Operation[1] 4; davon 2 ohne Zusammenhang mit derselben, wie die Obduktion erwies. Die Mortalität für die Probeincision bei Magencarcinom würde sich demnach auf 9 resp. $4^1/_2$% stellen. Die mittlere Lebensdauer seit der Operation berechnet sich bei 21 verwerthbaren Fällen auf $4^8/_{10}$ Monate, seit Beginn des Leidens auf wenige Monate bis 37 Monate, im Mittel auf $14^3/_{10}$ Monate.

Fasst man die gar nicht operirten und die nur der Probeincision unterworfenen Kranken zusammen, so stellt sich für diese durch die Operation nicht beeinflussten Fälle eine mittlere Lebensdauer von etwas über 13 Monaten seit Beginn des Leidens heraus. Diese Zahl dient v. M. als Grundlage für die Beurtheilung der Dauererfolge der am carcinomatösen Magen selbst ausgeführten Operationen.

2) Gastrostomie. 27 Fälle, davon gestorben 4 (15%). Die mittlere Lebensdauer seit der Operation beträgt bei den Überlebenden $3^1/_2$ Monate, seit Beginn des Leidens $11^1/_{10}$ Monate. Das Resultat ist demnach ein wenig erfreuliches. v. M. ist dafür, die Gastrostomie bei Cardiacarcinom eben so wie beim Ösophaguscarcinom nach Möglichkeit einzuschränken; nur dort, wo auch Flüssigkeiten nicht mehr in den Magen gelangen, und die Kranken durch unaufhörlichen Hunger und Durst gequält werden, wird man sich aus Mitleid zur Operation entschließen.

3) Jejunostomie. 12 Fälle, davon gestorben 7. Diese Operation hat nach v. M. beim Magencarcinom keine Berechtigung. Ist die Magenwand so weit durch das Carcinom infiltrirt, dass sich die Gastroenterostomie technisch nicht mehr ausführen lässt, so dass also nur durch die Anlegung einer Dünndarmfistel die Ernährung künstlich fortgeführt werden kann, so sieht man besser von jedem Eingriff ab.

4) Gastroenterostomie. 143 Fälle, davon gestorben 48 ($33^1/_{10}$%). Die operativen Resultate haben sich mit den Jahren konstant gebessert. Dem entsprechend beträgt die Mortalität der in den letzten 3 Jahren operirten Fälle nur $26^1/_2$% (49 Fälle, davon gestorben 13). Trotzdem bleibt die Mortalität der Gastroenterostomie beim Magencarcinom auffallend hoch im Vergleich zu den Erfolgen derselben Operation bei gutartigen Magenaffektionen. Bei der gutartigen Magenstenose und dem Ulcus ist die Mortalität der Gastroenterostomie in den letzten Jahren auf wenige Procent heruntergegangen.

Die mittlere Lebensdauer von 67 verwerthbaren Fällen von Gastroenterostomie betrug seit der Operation $6^4/_{10}$ Monate, seit Beginn des Leidens wenige Monate bis $37^1/_2$ Monate, im Mittel 14 Monate. Es ergiebt sich demgemäß in Bezug auf die mittlere Lebensdauer hier ein deutliches Plus zu Gunsten der Operirten, wenn wir nur die Überlebenden in Betracht ziehen. Werden aber die operativen Todesfälle in die Berechnung mit einbezogen, so fällt dieselbe eher zu Ungunsten der

[1] Bei diesen so wie allen folgenden Operationen wird grundsätzlich angenommen, dass der Tod im Anschluss an die Operation eingetreten ist, wenn er innerhalb der ersten 30 Tage nach der Operation erfolgt. Ein später eingetretener Tod wird nur dann der Operation zur Last gelegt, wenn durch die Obduktion oder die klinische Beobachtung ein Zusammenhang mit derselben erwiesen ist.

Operation aus; die mittlere Lebensdauer würde sich dann auf $12^3/_{10}$ Monate stellen.

5) Resektionen. 100 Fälle, davon gestorben 37%. In den letzten 3 Jahren starben von 44 Operirten 11 im Anschluss an die Operation = 25%. Die Mortalität hat sich demnach in der letzten Periode noch etwas niedriger als die der Gastroenterostomie gestellt. In Bezug auf die Dauererfolge lässt sich Folgendes sagen: Von 58 Kranken, die die Operation überlebt haben und über die sichere Nachrichten eingegangen sind, leben noch 20 zwischen $^1/_2$ und $8^1/_4$ Jahren, davon 17 mehr als 1 Jahr, 10 mehr als 2 Jahre, 4 mehr als $3^1/_2$ Jahre; die letzten 4 leben zur Zeit recidivfrei; sie sind demnach als radikal geheilt anzusehen. Wenn die 4 Fälle auf die 23 Operationen bezogen werden, die mehr als $3^1/_2$ Jahre zurückliegen und über deren weiteren Verlauf Nachrichten zu erlangen waren, so würde die Zahl der radikal Geheilten 17% ergeben. (v. M. demonstrirt die Präparate der radikal operirten Magencarcinome, so wie einige andere bemerkenswerthe Fälle, u. A. ein Präparat von einem Kranken, der seit $2^1/_2$ Jahren recidivfrei und allem Anschein nach auch radikal geheilt ist.)

Die Erfolge der Magenresektion als Radikaloperation lassen sich bei der geringen Zahl der verwerthbaren Fälle noch nicht sicher übersehen; sie sind aber nicht so schlecht, als man bisher allgemein glaubte; sie lassen sich jedenfalls den Dauerresultaten nach der Operation anderer Carcinome an die Seite stellen; die Erfolge der Operation des Zungen- und Rectumcarcinoms sind nach den vorliegenden Statistiken kaum besser.

Die Resektion des carcinomatösen Magens hat aber auch noch für die nicht radikal geheilten Fälle ihre große Bedeutung als palliative Operation; sie konkurrirt in dieser Richtung mit der Gastroenterostomie, die heute von den meisten Chirurgen mit Unrecht bevorzugt wird. Dass die Magenresektion beim Carcinom nach den v. M.'schen Resultaten in der letzten Zeit weniger gefährlich geworden ist als die Gastroenterostomie, geht aus den früher angeführten Zahlen hervor. Ungleich günstiger noch stellt sich die Zahl in Bezug auf die Verlängerung der Lebensdauer, selbst wenn wir von den 4 radikal geheilten Fällen ganz absehen, durch welche die Zahlen sich noch günstiger gestalten würden. Es liegen Nachrichten über 38 Pat. vor, die die Magenresektion glücklich überstanden und erst im Verlauf der späteren Monate und Jahre gestorben sind. v. M. nimmt an, dass sie alle an Recidiv resp. an Metastase zu Grunde gegangen sind, wie wohl die Nachrichten der Standesämter nicht immer verlässlich Auskunft darüber geben. Die mittlere Lebensdauer der 38 Fälle betrug seit der Operation $16^1/_5$ Monate, seit Beginn des Leidens $24^2/_3$ Monate; also die mittlere Lebensdauer beträgt nach der Resektion in den nicht radikal geheilten Fällen ungefähr 10 Monate mehr als nach der Gastroenterostomie. Als 3. Moment zu Gunsten der Resektion spricht der ungleich größere Nutzen, der den Operirten gegenüber der Gastroenterostomie erwächst. Nach Eliminirung des Magencarcinoms kommt der Kranke in der Regel sehr bald zum Vollgenuss seiner Gesundheit: er ist schmerzfrei, die Verdauung vollzieht sich ohne Störung, sein Körpergewicht nimmt rasch zu, kurz, er fühlt sich wenigstens eine Zeit lang vollständig geheilt. Tritt kein lokales Recidiv ein, sondern erliegt der Kranke, was nicht so selten ist, Metastasen, so sind ihm die mit dem Magencarcinom verbundenen Qualen erspart, und er findet später meist einen leichteren Tod. Dem gegenüber dauert die Besserung der subjektiven Beschwerden nach der Gastroenterostomie meist nur kurze Zeit, häufig genug tritt sie überhaupt nicht ein; nur ausnahmsweise beobachtet man, dass der Kranke nach der Gastroenterostomie sich auf kurze Zeit in so auffallender Weise erholt wie nach der Resektion. v. M. kommt zu dem Resultat, dass der Gastroenterostomie beim Magencarcinom nicht der Werth zukommt, der ihr bisher allgemein beigemessen wurde. Er räth desshalb, diese Operation in Zukunft mehr einzuschränken und nur auf jene Fälle zu beschränken, in welchen nicht radikal operable und nicht zu große, aber hochgradig stenosirende Carcinome der Pylorusgegend vorliegen. Die Gastroenterostomie bei ausgebreitetem Magencarcinom ohne usgesprochene Stenosenerscheinungen hat keine Berechtigung. Dagegen sollte

die Resektion des carcinomatösen Magens häufiger geübt werden als bisher, und zwar überall, wo sie technisch gut ausführbar ist, auch ohne Rücksicht darauf, ob man auf Radikalheilung rechnen könne oder nicht. Da sich vor Eröffnung der Bauchhöhle nur selten bestimmen lässt, ob die Resektion möglich sein wird oder nicht, so muss von der Probeincision auch in zweifelhaften Fällen häufiger Gebrauch gemacht werden, da diese Operation, besonders wenn sie als kleiner Probeschnitt ausgeführt wird, nur mit geringer Gefahr verbunden ist. Ist das Carcinom resecirbar, so wird der Schnitt erst entsprechend erweitert; ist die Radikaloperation unausführbar und liegt keine klare Indikation zur Gastroenterostomie vor, so schließt man am besten die Bauchhöhle unverrichteter Dinge.

In Bezug auf die Technik geht v. M. bei der Magenresektion in so fern radikaler vor, als er nicht nur an der kardialen Seite, sondern auch gegen das Duodenum zu weiter im Gesunden operirt als früher. Die eingehenden Untersuchungen von Bormann an den von v. M. resecirten Magencarcinomen haben ergeben, dass ungefähr in $^2/_3$ der Fälle das Carcinom innerhalb der Magenwand thatsächlich radikal entfernt war. Die Aussicht, wenigstens ein lokales Recidiv zu vermeiden, ist demnach durchaus günstig. Zweitens entfernt v. M. alle erreichbaren vergrößerten Lymphdrüsen bis an die Cardia hin. In Folge der ausgedehnteren Resektion der Magenwand muss auch die Technik geändert werden. v. M. führt in der letzten Zeit nur ausnahmsweise noch die I. Billroth'sche Methode aus; in der Regel wird die II. Billroth'sche Methode angewendet.

Die Exstirpation des Magens hat nach v. M. keine große Zukunft. Die 3 von ihm ausgeführten Magenexstirpationen sind sämmtlich im Anschluss an die Operation gestorben; in allen 3 Fällen zeigte sich, dass Metastasen zurückgeblieben waren.

Die immerhin noch hohe Mortalität nach der Magenresektion ist hauptsächlich durch die Peritonitis und durch Pneumonie, nicht selten mit Lungengangrän kombinirt, bedingt. Die erstgenannte Todesursache entspringt unserer immer noch mangelhaften Technik, die glücklicherweise von Jahr zu Jahr sich stetig verbessert. Die Ursache der so verhängnisvollen Pneumonie ist noch nicht genügend aufgeklärt; v. M. glaubt, dass embolische Processe den Ausgangspunkt derselben abgeben. Im Übrigen wird die Mortalität nach der Operation sicher in dem Maße verringert werden, als wir die Magencarcinome in früheren Stadien zur Operation bekommen. Je kleiner das Carcinom, desto einfacher und rascher vollzieht sich die Operation, desto geringer sind die Gefahren derselben.

Dass mit der weiteren Ausbildung der Frühdiagnose des Magencarcinoms auch die Dauererfolge der Operation sich bessern werden, ist eben so klar.

(Selbstbericht.)

Kümmell (Hamburg): Ein Fall von Hirschsprung'scher Krankheit.

K. demonstrirt einen ca. 5jährigen Knaben, der an Hirschsprung'scher Krankheit litt. Wie meistens in diesen Fällen war die Diagnose auf einen chronischen Ileus gestellt worden. Die vorgenommenen Laparotomie ergab nichts als eine sehr weite und lange, mit Koth gefüllte Flexura sigmoidea. Durch Massage, Elektricität etc. wurde fast völlige Heilung erzielt, so dass nur noch ein etwas aufgetriebenes Abdomen sichtbar ist.

Diskussion. Rehn (Frankfurt a/M.) hat 2 Fälle derselben Krankheit gesehen, einen davon operirt, bei dem fälschlich eine Neurose angenommen worden war.

Bertelsmann (Hamburg).

Posner (Berlin) berichtet über einen Fall von überzähligem Harnleiter bei einem jungen Mädchen.

Der Harnleiter mündete im Vestibulum unterhalb der Vagina, verlief parallel derselben und konnte mit dem Katheter bis weit hinter die Harnblase verfolgt werden. Da der Zustand der Kranken wegen des fortwährenden Harnträufelns ein unerträglicher war, musste ein Versuch der Heilung gemacht werden. P. erweiterte die Urethra, legte die eine Branche eines entsprechend geformten Instruments in dieselbe, die andere in die Blase, um durch Zusammenpressen der-

selben eine Drucknekrose des zwischenliegenden Gewebes und so eine Verbindung zwischen Ureter und Blase zu erzielen. Die Operation war in so fern von Erfolg, als nach Entfernung des Instruments kein Harn mehr durch den 3. Ureter abfloss. Eine zur Zeit noch bestehende Inkontinenz der Blase hofft er in kurzer Zeit zur Heilung zu bringen. Ein ähnlicher Fall ist früher von Wölfler veröffentlicht.

Bertelsmann (Hamburg).

(Fortsetzung folgt.)

---

15) **A. Gebhart.** Zur Kasuistik der Blutcysten. (Aus der chirurg. Poliklinik zu München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 37.)

Es handelte sich um einen 48jährigen Mann, welcher spontane Blutungen in der Zwischenrippenmuskulatur der linken Seite bekam, die durch Bildung einer derben Bindegewebskapsel in kurzer Zeit cystisch abgeschlossen wurden, dennoch aber ständig durch Nachblutung an Umfang zunahmen, bis sie Faustgröße und noch mehr erreichten und nun durch den Druck sogar zu Usur der benachbarten Rippen führten, so dass eine bösartige Geschwulst (weiches Sarkom) vorgetäuscht wurde; nach Incision erfolgte Ausheilung der beiden operirten Cysten auf dem Wege der Granulation. Pat. starb, durch die — auch aus dem Granulationsgewebe erfolgten — Blutungen sehr geschwächt, schließlich unter dem Bilde chronischer Sepsis. In ätiologischer Beziehung ist der Fall unklar geblieben.

Kramer (Glogau).

16) **Leser** (Halle). Erfahrungen über bösartige Geschwülste, insbesondere über Carcinome.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 33.)

L. hat Betreffs der von ihm wegen bösartiger Geschwülste im letzten Jahrzehnt operirten 392 Kranken feststellen können, dass 78 derselben noch ohne jede Beschwerde am Leben sind; bei 24 sind seit der Operation 7—11, bei 26 3 bis 6 Jahre verflossen, während die Operation bei den übrigen Fällen — bei 17 bis 2—3, bei 11 bis 1 Jahr — kürzere Zeit zurückliegt. Unter diesen Fällen, von denen mehrere nach wiederholten Recidivoperationen dauernd geheilt worden sind, findet sich eine größere Zahl von Fällen von Krebs der Lippen, bezw. Wangen, der Brustdrüse, des Magendarmkanals, bezw. Mastdarms, kein Fall von Zungen- und Speiseröhrenkrebs. L. entfernt beim Lippencarcinom grundsätzlich die ganze Lippe und hält auch beim Zungenkrebs die Exstirpation des ganzen Organs für nothwendig. Im übrigen Theile der Arbeit bespricht er eine Reihe von heute besonders lebhaft erörterten Krebsfragen. **Kramer** (Glogau).

17) **C. Beck** (New York). Über Sarkombehandlung mittels der Röntgenstrahlen.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 32.)

In einem Falle von melanotischem Sarkom in der Gegend des äußeren Knöchels und Drüsenmetastasen in der Leistengegend, mit raschen Recidiven nach wiederholter Exstirpation (Amputation verweigert) und Auftreten von Geschwulstknollen an der Innenfläche des Beines machte B. den Versuch mit allmählich bis 45 Minuten dauernder Bestrahlung des nach der dritten Exstirpation gebliebenen Defekts mittels Röntgenstrahlen. Nach 7maliger Einwirkung derselben in 2—3tägigen Zwischenpausen war nicht nur keine Spur von Recidiv an der Knöchelstelle zu sehen, sondern auch eine Anzahl der melanotischen Knollen der Wade theils vernarbt, theils geschrumpft, während die Leistendrüsengeschwulst weiter gewachsen war. Nach erneuter Exstirpation soll letztere der intensiven Bestrahlung gleichfalls ausgesetzt werden. Zum Schluss theilt B. mit, dass bis jetzt die Knöchelstelle vollständig geheilt geblieben ist; weiterer Bericht wird in Aussicht gestellt.

Kramer (Glogau).

18) **A. Rehn.** Ein kombinirbarer In- und Extubationsapparat.
(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 37.)

Der in seinen Einzelheiten durch Abbildungen erläuterte Apparat, der einer zweckmäßigeren Intubationsmethodik Eingang verschaffen soll, ist von A. Schädel in Leipzig zu beziehen. **Kramer** (Glogau).

19) **H. Oderfeld und J. Steinhaus.** Beitrag zur Kasuistik der Metastasen von normalem Schilddrüsengewebe.
(Medycyna 1901. No. 3.)

Eine 58jährige Frau suchte bei O. Hilfe wegen einer seit mehreren Wochen bestehenden Geschwulst am Stirnbeinhöcker, die starke Kopfschmerzen verursachte. Die Untersuchung ergab eine elastische, hühnereigroße, aus dem Schädelinnern emporwuchernde, von normaler Haut bedeckte Geschwulst. Die Knochenränder um die Geschwulst herum wulstförmig aufgetrieben. Es wurde ein Sarkom diagnosticirt und operirt. Dabei legte man eine gelbbraune, gefäßreiche Geschwulst frei, die durch einen Knochenspalt mit dem Schädelinnern zusammenhing. Sie wurde mit dem sie umgebenden Knochenreifen und einem Stück Dura exstirpirt. Die heftige Blutung wurde durch Tamponade gestillt. Glatte Heilung. Nach 1/2 Jahre kein Recidiv. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst ergab typisches Schilddrüsengewebe.

Verff. deuten den Fall als seltene Metastase, und zwar noch um so seltener, als Pat. keine Spur von Kropf hatte. **Trzebicky** (Krakau).

20) **A. J. Lartigau.** Primary sarcoma of the thyreoid gland.
(Amer. journ. of the med. sciences 1901. August.)

Aus der Krankengeschichte sei nur hervorgehoben, dass es sich um eine 45-jährige Frau handelte, bei der sich eine Geschwulst im rechten Schilddrüsenlappen entwickelt hatte, die Athem- und Schluckbeschwerden verursachte. Die Exstirpation war durch die starke Blutung erschwert. Schon nach 8 Tagen zeigte sich das Recidiv, das 18 Tage später unter Erstickungserscheinungen zum Tode führte. Die mikroskopische Untersuchung des Präparates, dessen Befund sehr eingehend geschildert wird, ergab ein in einem Kropf entwickeltes Angiosarkom.

L. bespricht im Anschluss an diesen Fall ausführlich die klinischen und pathologisch-anatomischen Eigenthümlichkeiten des primären Schilddrüsensarkoms und fasst seine Ansichten in folgenden Schlusssätzen zusammen:

1) Das primäre Sarkom der Schilddrüse ist selten, aber wahrscheinlich häufiger als die Statistiken angeben. Es ist weniger häufig als das primäre Carcinom dieses Organs.

2) Meist ist es vergesellschaftet mit Kropf. Die im Alter zwischen 40 bis 60 Jahren entstehenden Fälle zeigen einen höheren Procentsatz von vorausgegangenem Kropf als die bei jüngeren Individuen. Kropf in Verbindung mit Schilddrüsensarkom ist gewöhnlicher bei Frauen als bei Männern.

3) Schilddrüsensarkom kommt häufiger im späteren Leben vor als in der Jugend, am häufigsten zwischen dem 40. bis 60. Lebensjahre.

4) Das Geschlecht spielt wahrscheinlich eine untergeordnete Rolle.

5) Meistens entwickelt sich die primäre Geschwulst im rechten Schilddrüsenlappen. Häufiger scheint das bei Männern zuzutreffen als bei Frauen.

6) Der klinische Verlauf ist gewöhnlich ein ziemlich akuter.

7) Mitbetheiligung von Kehlkopf und Luftröhre durch Druck oder Übergreifen der Geschwulst ist gewöhnlich.

8) Metastasen kommen auf dem Wege der Blut- oder Lymphbahn, oder auf beiden zu Stande.

9) Rund-, Spindel- oder Mischzellensarkome sind am häufigsten. Angiosarkome sind nicht selten. **R. v. Hippel** (Kassel).



21) G. Jochmann. Osteomyelitis sterni acuta bei Typhus abdominalis. (Aus dem allgem. Krankenhause zu Hamburg-Eppendorf. Medicinische Abtheilung.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 38.)

Der bei der Sektion gefundene Eiterungsprocess am Brustbein, der erst 3 Tage vor dem Tode des Pat. durch den Nachweis von Pulsation auf dem Brustbein sich bemerkbar gemacht, hatte durch Zerstörung einer Knorpelfuge zu Kontinuitätstrennung in letzterem in Höhe der 3. Rippe geführt und die den Knochen an seiner Rückseite bedeckenden Weichtheile zerstört; der Eiter war ins vordere Mediastinum durchgebrochen und enthielt Staphylococcus pyogenes aureus. Der typhöse Process war nach dem Sektionsergebnis im Wesentlichen abgelaufen gewesen. **Kramer** (Glogau).

22) F. Barjou et A. Cade. Les épanchements chyliformes de la plèvre.

(Bull. méd. 1901. Juni 10.)

Verff. berichten über einen Fall von Chylothorax, welcher sehr chronisch verlief und nach einem Trauma zuerst diagnosticirt wurde. Die Reaktion der Flüssigkeit war im Gegensatz zu den meisten bisher mitgetheilten Fällen eine saure, die Überimpfung auf Meerschweinchen brachte bei diesen eine gleichfalls äußerst langsam verlaufende Tuberkulose hervor. Es handelte sich also um Pleuratuberkulose mit geringer Virulenz der Tuberkelbacillen.

Mohr (Bielefeld).

23) Rey. Mastite douloureuse des adolescents.

(Soc. de méd. d'Alger 1901. Juni 12.)

Bei dem 18jährigen, kräftig entwickelten Pat. hatte sich im Verlaufe von 2 Jahren eine kleinfaustgroße, gleichmäßige Hypertrophie der rechten Brustdrüse entwickelt. Bemerkenswerth waren die lebhaften, bohrenden Schmerzen in der Geschwulst, welche gegen den rechten Arm zu ausstrahlten und nach jeder stärkeren Arbeit zunahmen. Wegen der Schmerzen Amputatio mammae. Die Geschwulst bestand in der Hauptsache aus jungem Bindegewebe mit vereinzelten lobulären Zellanhäufungen epithelialen Charakters, außerdem elastischen Fasern und Fettgewebe. (Eine mikroskopisch ganz ähnliche, jedoch nur wenig schmerzhafte Geschwulst der Brustdrüse entfernte Ref. bei einem 17jährigen Arbeiter, welcher dieselbe auf häufiges Gegenstemmen von Instrumenten gegen die betreffende Gegend zurückführte.) **Mohr** (Bielefeld).

24) M. Diterichs. Die Neubildungen der Brustwarze und der Areola.

(Annalen der russ. Chirurgie 1901. Hft. 4.)

D. entfernte bei einem Pat. ein Papillom der linken Mammilla, $6^1/_2 : 4^1/_2 : 3^1/_2$ cm groß. Dasselbe hatte sich innerhalb 20 Jahren entwickelt. — Aus der Litteratur bringt D. 6 Fibrome und Fibroadenome, 5 Angiome, 4 Myome, 6 Atherome 3 Papillome, 14 Ductuscarcinome. 5 Abbildungen zeigen das makro- und mikroskopische Aussehen der entfernten Geschwulst.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

25) Le Conte. Hydatid disease of the breast.

(Amer. journ. of the med. sciences 1901. September.)

Verf. beobachtete bei einer 27jährigen multiparen Mulattin einen Echinococcus der rechten Brustdrüse. Derselbe begann als eine harte, schmerzlose, frei bewegliche Geschwulst 2 Jahre nach einem Abort und 5 Jahre nach einer chronisch entzündlichen Vergrößerung der rechten Cervicaldrüsen. Erst im Anschlusse an ein Trauma begann die Geschwulst rapid zu wachsen, blieb aber zunächst hart. Dann

vereiterten die Halsdrüsen und brachen auf, und nun wurde auch die Geschwulst weicher, verwuchs mit der darüber liegenden Haut und begann zu fluktuiren.

Die Diagnose schwankte zwischen cystischem Adenom, tuberkulösem Abscess und Echinococcus. Letzterer wurde wegen seiner extremen Seltenheit ausgeschlossen. Die Operation eröffnete einen großen Abscess, in dessen Eiter sich massenhaft Haken fanden. Da das Drüsengewebe vollkommen atrophirt war, so wurde die Brust mit den Achseldrüsen entfernt. Heilung p. pr.

Verf. stellt aus der Litteratur noch 38 ähnliche Fälle zusammen und versucht, auf Grund dieses Materials ein klinisches Bild des Leidens zu entwerfen. Die Diagnose wurde stets erst durch die Operation sichergestellt.

R. v. Hippel (Kassel).

26) **Unger.** Ein Fall von Cystadenom der Mamma beim Manne.
(Virchow's Archiv Bd. CLXV. p. 550.)

Es handelte sich in diesem seltenen Falle um eine einfache Cyste der Mamma, an deren Innenfläche eine kleine warzige, adenomatöse Geschwulst aufsaß. Der Inhalt der Cyste bestand aus stagnirendem Blut. Der Mann war 51 Jahre alt.

Fertig (Göttingen).

27) **N. Gulcke.** Beitrag zur Statistik des Mammacarcinoms.
(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIV. Hft. 1.)

Die Grundlage der vorliegenden Arbeit bietet das reichhaltige Material der v. Bergmann'schen Klinik aus einem Zeitraum von 18 Jahren mit 982 Fällen von Brustkrebs; gewiss eine Beobachtungsreihe, der sich nur wenige zur Seite stellen können.

Zwei Drittel der Pat. standen im Lebensalter von 41—60 Jahren; allerdings hatte eine geringe Zahl, nämlich 13, das 30. Lebensjahr noch nicht überschritten, als die Geschwulstbildung auftrat. Verf. nimmt an, dass das Auftreten des Klimakterium, die Involution des Geschlechtsapparates in dieser Zeit den Boden für das Wachsthum des Brustkrebses ebne. 90% der Frauen hatten Geburten durchgemacht, doch ist weder der Zahl derselben noch der Laktation an sich oder der Zahl der Laktationsperioden ein allzu großes Gewicht beizulegen. Dagegen scheint die Mastitis eine Rolle für das Vorkommen des Mammacarcinoms zu spielen. Ein einmaliges Trauma ist als disponirendes Moment für eine spätere Krebsbildung von sehr geringer Bedeutung, die Wirkung häufiger Schädigungen lässt sich schon eher als Ursache annehmen. Was die Erblichkeit der Carcinome anlangt, so konnte G. bei 16,5% das Vorkommen von Krebs in der Familie der Betroffenen konstatiren.

Die Bevorzugung einer oder der anderen Milchdrüse war nicht nachzuweisen; die Prädilektionsstelle in der Mamma selbst ist der äußere obere Quadrant. Dort findet sich der Krebs 3—4mal so häufig wie an anderen Stellen. Die häufigste histologische Form, die auf der v. Bergmann'schen Klinik beobachtet wurde, ist der Scirrhus.

Gewöhnlich tritt ein frühzeitiges Verwachsen des Carcinoms, namentlich des Scirrhus mit der Haut ein, welche zu einer Einziehung der Warze führt. Gleichzeitig erkranken auch die Achseldrüsen. Dann folgt die Verwachsung mit dem Musc. pectoralis und schließlich die Ulceration und der Zerfall. Im Mittel berechnet Verf. 11,6 Monate für die Infektion der Achseldrüsen nach Auftreten der Geschwulst. Die Supraclaviculardrüsen werden durchschnittlich nach 19 Monaten infiltrirt.

Hauptsitz der Metastasen ist die Leber. Die Prognose hängt natürlich von einer frühzeitigen Operation ab.

Was nun die Operationsresultate selbst anlangt, so sind in Folge des Eingriffes 3,1% gestorben. Wo keine Radikalheilung erzielt werden konnte, wurde doch das Leben um ungefähr 10 Monate gegenüber den Nichtoperirten verlängert. Von den radikal Operirten blieben fast 29% recidivfrei, d. h. nach mindestens

3jähriger Beobachtung. Von den in den Jahren 1882—90 operirten Kranken leben gesund noch 22; bei mehreren sind 15—18 Jahre seit dem Eingriff vergangen. Operirt wurde seit 1890 nach der allgemein üblichen Heidenhain'schen Methode. Die radikaleren Verfahren mit Entfernung des sternalen und clavicularen Theiles des Musc. pectoralis major, so wie die principielle Ausräumung der supra- und infraclavicularen Drüsen bei jedem Falle von Mammacarcinom kann Verf. nicht empfehlen. Die Ansichten über den Werth dieser Methoden sind noch keineswegs geklärte. Die bis jetzt bekannten Resultate, die sie erzielen, sind keinesfalls so gut, dass man die einfacheren, ungefährlicheren und weniger verstümmelnden Eingriffe zu ihren Gunsten aufgeben müsste. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

28) A. Clark. The effect of the Roentgen-rays in a case of chronic carcinoma of the breast.

(Brit. med. journ. 1901. Juni 8.)

C. theilt kurz die Krankengeschichte einer Frau mit großem ulcerirtem Mammacarcinom mit unter Beifügung zweier erläuternden Photographien. Nebenbei litt die Frau an Diabetes und hatte schon zwei Zehen in Folge von Gangrän verloren. Die befallene Brustseite wurde 5mal wöchentlich je 15 Minuten den Röntgenstrahlen ausgesetzt. Nach $2^1/_2$monatlicher Behandlung war die Ulceration bedeutend kleiner geworden, die Lymphdrüsen der Achselhöhle hatten an Umfang abgenommen, das Allgemeinbefinden hatte sich gebessert. Darreichung von Jodkali hatte keinen Erfolg gehabt. **Weiss** (Düsseldorf).

29) R. Beneke. Beiträge zur Pathologie des Ösophagus.

(Deutsche Ärztezeitung 1901. No. 12, 17 u. 18.)

Verf. beschreibt u. A. eine der durch Zenker und v. Ziemssen genauer bekannt gewordenen spindelförmigen Erweiterungen der Speiseröhre ohne nachweisbare Stenose. Allen diesen Fällen ist gemeinsam, dass die Speiseröhre einige Centimeter über der Cardia normal ist und dann in eine im Allgemeinen spindelförmige Ausbuchtung übergeht. Die Entleerung ihres Inhaltes in den Magen war übrigens im beschriebenen Falle durch einen Klappenmechanismus erschwert. Da der Mittheilung sowohl eine genauere Beobachtung zu Lebzeiten, als auch ein sehr eingehender anatomischer und mikroskopischer Befund zu Grunde liegt, ist dieselbe besonders geeignet in die noch dunkle Ätiologie Licht zu bringen.

B. hält nach Allem einen reflektorischen Spasmus als erste Einleitung des krankhaften Zustandes. Die sich daraus ergebende Dilatation, welche eine etwas einseitige, aus der axialen Richtung verschobene Entwicklung genommen hat, führte zu einem Klappenmechanismus, welcher nach Zurücktreten der primären Ursache dem Leiden in den letzten Jahren ausschließlich zu Grunde lag.

In einem anderen Falle glaubt B. den schon physiologischerweise vorhandenen Druck der Trachealbifurkation auf die Speiseröhre, welcher bei nach hinten gespannter Luftröhre erheblich vermehrt wird, verantwortlich machen zu können für die Erweiterung der Speiseröhre im unteren Abschnitte. Bei einem 1jährigen Kinde, welches in Folge eines Magen-Darmleidens viel brechen musste, maß die Speiseröhrenlichtung im oberen Abschnitte 17 mm, an der Cardia jedoch 45 mm. Diese mächtige Erweiterung hat vermuthlich der beim Erbrechen an der Bifurkation Widerstand findende und wieder zurückgeschleuderte Mageninhalt verursacht.

Ein weiterer Fall beweist, dass ein durch Erbrechen bis zur Trachealbifurkation gelangter und dort liegenbleibender fester Körper andererseits von der Speiseröhre aus die Luftröhre in solchem Grade eindrücken kann, dass Erstickung erfolgt. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

30) V. Mayr und A. Dehler. Beitrag zur Diagnose und Therapie der Divertikel der Speiseröhre. (Aus der Würzburger medic. und chirurg. Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 37.)

Bei dem 39jährigen Manne saß das 3 cm lange Divertikel, durch das Rosenheim'sche Ösophagoskop und durch das Kirstein'sche Autoskop nachgewiesen,

am Übergange vom Rachen zur Speiseröhre an der rechten hinteren Seite der letzteren und ließ sich bei der Operation (Schönborn) leicht auslösen und nach Seidenligatur des Divertikelhalses abtragen; der Schleimhautrest an der Unterbindungsstelle wurde mit dem Galvanokauter verschorft, die Wunde tamponirt und Pat. während der ersten 5 Tage mit Nährklystieren ernährt. Ungestörte Heilung. Nach der mikroskopischen Untersuchung ist anzunehmen, dass das Divertikel in Folge traumatischer (Fischgräte) Ausstülpung der Schleimhaut durch eine Lücke der Konstriktorenmuskulatur entstanden war. **Kramer** (Glogau).

31) **C. Schlatter.** Zwei Fälle von durch Naht geheilten Stichverletzungen des Zwerchfells. — Transdiaphragmatische Leber- und Nierennaht. (Aus der Züricher chirurg. Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 34.)

In beiden Fällen hatten die äußeren Wunden ihren Sitz in den unteren Thoraxpartien im Bereiche der Zwerchfellwölbung und bestand ein Bluterguss in die Pleurahöhle; im 1. Falle Durchtrennung der 9. Rippe, hochgradige Anämie und Erbrechen, wodurch eine Mitverletzung des Zwerchfells wahrscheinlich gemacht war. Nach Erweiterung der im 9. Interkostalraume in der rechten Axillarlinie gelegenen Wunde und Rippenresektion bei diesem Pat. fand sich im Zwerchfell eine 3 cm lange Stichwunde, aus der sich vom Bauche her reichlich Blut entleerte. Der in die verlängerte Öffnung eingeführte Finger stellte am seitlichen Leberrande einen stark blutenden $2^1/_2$ cm langen Schnitt und weiter unten einen kleineren, so wie in der rechten Niere eine 8 cm tiefe Stichwunde fest; Parenchymnähte der Nieren- und Leberverletzungen, danach Zwerchfellnaht und Schluss der Pleura- und Hautwunde. Im 2. Falle fand sich die Stichwunde im 7. Interkostalraume in der rechten Mammillarlinie, und war das Bauchfell nicht eröffnet. Naht der 3 cm langen, stark blutenden Zwerchfellverletzung. Beide Pat. wurden nach ungestörtem Wundverlauf geheilt. Bemerkenswerth ist die sichere blutstillende Wirkung der Lebernähte im 1. Falle; auch bei 5 anderen Fällen S.'s von Leberverletzung wirkte sie prompt. **Kramer** (Glogau).

32) **Wilms.** Zur Frage der Gefäßverletzungen der Radix mesenterii. (Aus der Leipziger chirurg. Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 32.)

Zum Studium obiger Frage ist W. durch einen Fall von Stichverletzung der Mesenterialwurzel mit einem breiten Meißel angeregt worden; der 18jährige Pat. wurde bereits $^3/_4$ Stunde nach der Verletzung operirt. Es fand sich bei ihm eine Stichwunde des linken Leberlappens — Einstich 2 cm vom Rande entfernt, Ausstich auf der Rückseite der Leber — und eine Verletzung der größeren Venenstämme der V. mesent. sup. in Höhe der Pars horiz. duodeni infer. Zur Stillung der sehr starken Blutung mussten 13 Schieber angelegt werden, welche in Gaze eingehüllt liegen gelassen wurden; sie saßen mit ihrer Spitze direkt der Aorta auf und wurden am 3. Tage entfernt. Bei reichlicher Sekretion im Anfange erfolgte innerhalb 6 Wochen Heilung, ohne dass Störungen von Seiten des Darmes auftraten. Solche waren auch in einem Falle Robson's von angeblicher Unterbindung des Stammes der V. mesent. sup. ausgeblieben; doch weist W. überzeugend nach, dass es sich nicht um den eigentlichen Stamm gehandelt haben könne, der hinter und oberhalb des Pankreas gelegen sei. Die Unterbindung an dieser Stelle gefährdet nach W.'s Versuch beim Thier und wohl auch beim Menschen den Darm, darf also nicht vorgenommen werden; dagegen ist die Unterbindung in Höhe des unteren Duodenalschenkels, d. h. nach abwärts vom Pankreas, nach den beiden Fällen von W. und Robson und nach Verf.s Experimenten an Hunden von Darmgangrän nicht gefolgt. **Kramer** (Glogau).

33) **Brunotte** (Bitsch). Über einen Fall durch Operation geheilter Perforationsperitonitis.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 39.)

Die Peritonitis hatte sich im raschen Anschluss an eine Hufschlagverletzung des Bauches entwickelt; erst am 4. Tage erhielt B. die Einwilligung zur Operation, bei welcher zuerst ein am 2. Tage bemerkter Hodensackbruch, welcher Netz enthielt, freigelegt, sodann die Bauchhöhle eröffnet und ein trübes, grünliches, fade riechendes Exsudat entleert wurde; in der Gegend nach der rechten Fossa iliaca hin fand sich eine Ansammlung gelbkothiger Jauche, die Perforationsöffnung indess nicht. Tamponade nach möglichst sorgfältiger Reinigung des Bauchraumes; Naht, die am 2. Tage nach der Operation wieder geöffnet werden musste. Nach zunächst noch schwerem Verlaufe besserte sich allmählich das Allgemeinbefinden; aus der Wunde entleerte sich schließlich noch Koth, so dass, da heftige Diarrhöen sich einstellten, ein 10—12maliger Verbandwechsel am Tage nöthig wurde. Heilung, auch der Kothfistel. **Kramer** (Glogau).

34) **E. Meusel** (Gotha). Überraschungen bei Herniotomien.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 36.)

In dem einen Falle hatte im Bruchsack ein Carcinom des Mesenteriums die zugehörige Dünndarmschlinge zum Verschluss gebracht; eine Einklemmung bestand auch an den anderen Schlingen des Bruchinhalts nicht. Im 2. Falle, eines 4jährigen Knaben, fand sich in dem nicht reponiblen Leistenbruch ein tuberkulös erkranktes Knäuel von Darmschlingen; als M. dasselbe mehrere Wochen später resecirte, konnte er ein vollständiges Verschwinden der Tuberkelknötchen feststellen.

Kramer (Glogau).

35) **Gebele.** Zur Atropinbehandlung des Ileus. (Aus der Münchener chirurg. Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 33.)

36) **Pritchard** (Monroeville). Ein Fall von Darmverschluss durch einen Gallenstein, erfolgreich behandelt mit Atropin.

(Ibid.)

37) **Aronheim.** Ileus und Atropin.

(Ibid.)

38) **Schulz** (Greifswald). Geschichtliches zur Behandlung des Darmverschlusses mit Belladonnapräparaten.

(Ibid.)

G. kritisirt zunächst die bisher mitgetheilten Fälle von mittels Atropin behandeltem Ileus und hält diejenigen von erfolgreicher Anwendung des Mittels für solche, in denen es sich entweder um schwere Koprostasen mit ileusähnlichen Symptomen oder um unter dem Bilde eines sekundären reflektorischen Enterospasmus verlaufene Affektionen gehandelt hatte. Der von ihm beobachtete Fall, in welchem mehrere Tage vor der Aufnahme in die Klinik Atropin verabfolgt worden war, zeigt, wie leicht dieses über den Ernst der Lage hinwegtäuscht, und dadurch die richtige Zeit zum operativen Eingriffe versäumt wird. Der scheinbaren Besserung war eine ganz akute Verschlimmerung gefolgt, so dass die Operation bei der bereits kollabirten 72jährigen Pat., welche, an Occlusionsileus durch einen Kothstein leidend, bereits eine schwere Peritonitis in Folge von Darmgangrän bekommen hatte, natürlich nichts mehr leisten konnte.

In P.'s Falle war die kombinirte Behandlung mit Olivenöl durch den Mund und Atropin subkutan von raschem Erfolge; der große Stein ging mit den Kothmassen ab, ohne weitere Schädigungen zu hinterlassen.

Der A.'sche Pat. wurde von seiner unter ileusähnlichen Symptomen verlaufenen Koprostase durch 0,003 Atropin geheilt.

Aus S.'s Abhandlung interessirt der Nachweis, dass die Belladonnapräparate schon in den ersten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts bei Brucheinklemmungen und Ileus, angeblich erfolgreich, angewandt worden sind. **Kramer** (Glogau).

39) **Auvray.** Rupture de la rate. Splenectomie. — Rapport par M. Hartmann.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 222.)

Durch einen Sturz aus 4 Meter Höhe hatte sich Pat. einen Bruch des linken Oberschenkels und eine innere Verletzung zugezogen. Er bot die Zeichen schwerer innerer Blutung. A. zögerte nicht, noch in der gleichen Nacht, ca. $6^1/_2$ Stunde nach dem Unfalle, die Laparotomie auszuführen. Er fand als Ursache des starken intraperitonealen Blutergusses eine Fissur der äußeren Fläche und eine ausgedehnte Zerreißung des oberen Poles der Milz. Durch Exstirpation der Milz und wiederholte intravenöse Infusionen erzielte er Heilung. — Nach A. ist das in Frankreich der 3. Fall von Splenektomie wegen Milzruptur, die mit Genesung endete.

Der Berichterstatter Hartmann fügt seinem Bericht noch die Mittheilung eines weiteren Falles von Milzexstirpation wegen Zerreißung hinzu, der aber tödlich endete; er war durch mehrfache Rippenbrüche und Lungenzerreißung komplicirt.

Hartmann bespricht kurz die verschiedenen Behandlungsmethoden der Milzruptur. Spontaner Stillstand der Blutung ist nur in seltenen Fällen sicher festgestellt. 38 wegen Milzzerreißung ausgeführte Operationen hatten folgende Ergebnisse: Einfache Entleerung des Blutergusses durch Laparotomie in 4 Fällen war nur einmal von Heilung gefolgt; Unterbindung der Gefäße des Hilus in einem Falle endete tödlich; Naht des Risses in einem Falle verhinderte gleichfalls nicht den tödlichen Ausgang; Tamponade des Risses brachte in 4 Fällen einmal Heilung; hingegen endeten 29 Milzexstirpationen wegen Ruptur 17mal mit Genesung, nur 12mal tödlich. **Reichel** (Chemnitz).

40) **Loison.** Rupture traumatique de la rate; laparotomie; tamponnement. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 40.)

Der Verdacht einer Darmverletzung ließ L. in einem Falle von Bauchkontusion durch Hufschlag nach vorgängigem abwartendem Verhalten 24 Stunden nach dem Unfalle zur Laparotomie schreiten. Er fand in der Bauchhöhle viel Blut, welches aus einem 2—3 cm langen Querriss durch den oberen Pol der Milz dauernd vorquoll. — Da eine Naht der Milzwunde wegen der Zerreißlichkeit der Milzgewebes kontraindicirt, die Exstirpation der Milz aber in Anbetracht der geringen Größe der Wunde nicht gerechtfertigt schien, schritt L. zur Tamponade mit Jodoformgaze. Die Blutstillung gelang, Pat. heilte. — L. theilt diesen Fall mit, da die Zahl der mit Tamponade behandelten Milzrupturen noch sehr klein ist. **Reichel** (Chemnitz).

41) **Mauclaire.** Contusion thoraco-abdominale; rupture de la rate: Splenectomie à la 24. heure; Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Anné LXXII. T. III. No. 4.)

Die Krankengeschichte ist kurz und bietet wenig. Im Ganzen sind bislang 61 Fälle veröffentlicht, 7 mehr als in der Statistik von Auvray. Hiervon sind 31 geheilt, 30 gestorben. Verf. hofft, dass Kochsalzinfusionen und frühzeitiges Operiren die künftigen Resultate verbessern werden.

In einem Falle, den M. früher beobachtete, gelang es in Folge zahlreicher Verwachsungen nicht, die Milz auszulösen. Zweimalige Tamponade wurde von einer dritten tödlichen Blutung gefolgt. **Christel** (Metz).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 49. Sonnabend, den 7. December. 1901.

1) **Homans.** The relation of bodily mutilations to longevity.
(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 6.)

Über diesen Gegenstand existiren wenige Notizen und keine genauen Statistiken. Verf. bespricht die einzelnen Verstümmelungen. Es ist von größter Wichtigkeit, ob sie wegen Krankheit vorgenommen wurden, oder auf Unglücksfall beruhen. Verlust eines Sinnes oder eines Gliedes ist im Allgemeinen nicht, von hochgradigem Einfluss auf die Lebensdauer, namentlich nicht, wenn ein Glied durch Unglücksfall verloren ging. Die Übersicht ist eingetheilt nach Körpergegenden: Schädelverletzungen, Blindheit, Verlust der Extremitäten, Bauch-, Nieren-, Darm-, Ovarien- und Uterusverstümmelungen. Bei Verlust eines Theiles einer Extremität kommt häufig die »moralische« Einwirkung auf Verkürzung der Lebensdauer in Betracht. Durch Verlust der Arme wird Beschränkung der Athmung bedingt, doch ist die Beschränkung der Lebensdauer nach Beinamputation weit

höher als die nach Armabsetzung. Von großem Werth ist eine Prothese für untere Extremitäten, mehr als für die oberen. Verstümmelnde Operationen an den Unterleibseingeweiden müssen in Bezug auf Beeinflussung der Lebensdauer je nach der Ursache sehr verschieden beurtheilt werden. Operationen des Wurmfortsatzes versprechen eher längere Lebensdauer der Betreffenden, da eine Quelle der Gefahr ausgeschaltet ist; eben so wird durch Operationen am Darm wegen des geklemmten oder brandigen Bruches die Lebensdauer eher günstig beeinflusst. Operationen an den weiblichen Genitalien unterliegen für jeden Fall noch besonders der Beurtheilung, ob eine Ovariotomie wegen einfacher Cyste oder einer anderen Geschwulst vorgenommen ist. H. will keine Frau nach Ovariotomie in die Lebensversicherung aufnehmen, ohne dass der genaue mikroskopische Befund vorliegt, der eine bösartige Neubildung ausschließt. Wegen einfachen Kystoms Operirte, so wie solche, bei denen Hysterektomie wegen Fibroiden gemacht ist, haben im Allgemeinen die Durchschnittslebensdauer.

Zu der Arbeit sind die eigenen Erfahrungen des Verf., der medicinischer Direktor der Neu-England-Lebensversicherung ist, benutzt, so wie die Statistiken des Generalarztes der Ver. Staaten-Armee aus den letzten 30 Jahren. **Trapp** (Bückeburg).

---

2) **K. Dohrn.** Zur pathologischen Anatomie des Frühtodes nach Hautverbrennungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 469.)

D. hat im pathologisch-anatomischen Laboratorium des Stadtkrankenhauses zu Chemnitz 9 zur Sektion gekommene Fälle von Verbrennung genau studirt. Hierzu kommen verschiedene Blut- und Harnuntersuchungen bei genesenen bezw. nicht zur Sektion gelangten gestorbenen Pat. Die Resultate waren im Wesentlichen folgende. Veränderungen des Blutes kamen regelmäßig vor — Stechapfelform und Zerfallserscheinungen an den rothen Körperchen, meist auch Vermehrung der weißen. Diese Erscheinungen gehören in die erste Reihe der wesentlichen Befunde bei der Verbrennung. Sie werden durch den Verbrennungsakt an sich, die Hitze, erzeugt. Eine Neigung des derart veränderten Blutes zu Gerinnungen, wie sie von anderen Autoren behauptet ist, fand sich nicht. Der Harn war in 10 daraufhin untersuchten Fällen 7mal eiweißhaltig. Übrigens spielten in D.'s Fällen Nierenerkrankungen keine große Rolle. Unter 9 Beobachtungen fand sich 6mal die Niere unverändert oder nur unerheblich krank. 2mal fand sich ausgedehnte Nekrose im Labyrinth, voll ausgeprägte Nephritis aber niemals. Bemerkenswerth sind die Gehirnbefunde. Sie bestanden in einem entzündlichen Ödem, einer Art beginnender Encephalitis acuta, charakterisirt durch reichliche Leukocytenanhäufung um die Gefäße bezw. in den perivaskulären Lymphräumen. Die funktionellen Gehirnstörungen bei Verbrannten sind unschwer auf diese Veränderungen zurückführbar. Von sonstigen

mehr nebensächlichen Befunden sei nur noch eine öfter bemerkte Schwellung der Gekrösdrüsen, der Magen- und Darmfollikel erwähnt.

Auf Grund seiner Untersuchungen hält D. es für verfehlt, zur Erklärung des Frühtodes bei Verbrennung einfach den Chok in den Vordergrund zu stellen, vielmehr seien die anatomischen Veränderungen, vor Allem die Blutkörperchenzerstörung nicht zu vernachlässigen. Die Veränderungen an Nieren, Gehirn, lymphadenoidem Gewebe lassen sich nicht von Hämoglobinämie ableiten. Sie erheischen vielmehr, dass auch vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus eine weithin im Körper wirksame, toxische Schädlichkeit für den tödlichen Ausgang verantwortlich gemacht werden muss.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

3) **Devic** et **L. Gallavardin.** Contribution à l'étude du leiomyome malin avec généralisation viscerale.

(Revue de chir. 1901. No. 9.)

Das Fibromyoma malignum oder metastasirende Leiomyom ist eine bisher noch wenig beobachtete Neubildungsform und vielleicht identisch mit manchem bisher beschriebenen Sarcoma fusocellulare. Verff. vertheidigen nun die myomatöse Natur der Neubildung auf Grund zweier eigener Beobachtungen, Leiomyomen der Haut mit massenhaften Metastasen in einem der Fälle. Sie haben sich weiter die Aufgabe gestellt, Kriterien zu finden, welche bei der mikroskopischen Untersuchung der primären Geschwulst dieselbe als bösartiges Leiomyom zu erkennen gestatten. Hierzu genügt das bisher Gefundene wohl noch nicht völlig; allein es kann weiteren Untersuchungen sehr wohl als Unterlage dienen.

1) Ist die Anordnung des Faserverlaufs gleichmäßiger und schlichter als bei den gutartigen Myomen, die weit regellosere Durchflechtung der Muskelzellenbündel darbieten.

2) Im Gegensatz zu anderen Neubildungen entbehren die Muskelzellen auch der Metastasen des malignen Leiomyoms des embryonalen Charakters,

3) sind die malignen Leiomyome auffallend arm an bindegewebigem Stroma und

4) an Gefäßen (daher vielfach Mortifikationsvorgänge im Innern der schnell zu beträchtlicher Größe wachsenden Knoten);

5) zeichnen sich manche Fälle durch Riesenzellenbildung (muskulärer Natur nach Beschreibung der Verff.) aus.

Abbildungen wären hier recht erwünscht gewesen!

Christel (Metz).

---

4) **Whitney.** The alleged increase of cancer in Massachussets.

(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 3.)

Arbeit statistischen Inhalts. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Wenn der Tod an Krebs weiterhin in der augenscheinlich geometrischen Progression weiter zunimmt, wie in den letzten

50 Jahren, so werden in $2^1/_4$ Jahrhunderten alle über 30 Jahre alten Leute an Krebs sterben.

2) Diese Steigerung ist wahrscheinlich nur bei schlechtester Voraussetzung eine arithmetisch zunehmende.

3) Wahrscheinlich ist die Steigerung bedingt durch bessere Diagnose und Registrirung, und ehe das Verhältnis zu den Todesfällen im Allgemeinen 8—9% erreicht hat, kann man von keiner Zunahme der Krankheit an sich sprechen.

4) Zum Vergleich mit anderen Zeiten und Gegenden benutzt man am besten die graphische Methode.

5) Vergleich mit anderen Ländern und Gegenden zeigt, dass Massachussets ungefähr dieselbe Verhältniszahl, aber größeren Unterschied zwischen Männern und Weibern aufweist als Österreich.

6) In den Neuenglandstaaten werden die geringen Unterschiede durch Ungenauigkeiten der Aufzeichnung leicht erklärt, geographische Unterschiede kommen nicht in Betracht.

7) In Massachussets selbst wächst die Zahl der Krebserkrankungen um ein Geringes in westlicher Richtung. Die größte Zahl zeigt der dichtest bevölkerte Theil, der aber abseits der westlichen Richtung liegt.

Trapp (Bückeburg).

---

5) **A. W. Minin.** Die Heilwirkung des blauen elektrischen Lichtes.

(Wratsch 1901. No. 25.)

Das blaue elektrische Licht (50 Kerzen), allein oder mit weißem Licht zugleich angewendet, wirkt noch bedeutend mehr schmerzstillend, als letzteres allein. M. konnte nach Einwirkung desselben Wunden schmerzlos nähen. Weiterhin bringt er die Krankengeschichten mehrerer Patt. mit Kontusionen und Verbrennungen; ein Pat. hatte sich Mund, Rachen und Ösophagus mit Salmiakgeist verbrannt und litt schrecklich; die Schmerzen schwanden nach Beleuchtung von Hals und Brust (von außen). Auch bei Peliosis rheumatica sah M. rasches Verschwinden der Hämorrhagien; die Methode schützt aber nicht vor Recidiven. Die Wirkung der Wärme ist bei blauem Licht ausgeschlossen, da es aus weiter Entfernung besser wirkt, als in der Nähe.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

6) **Kutner.** Über Druckspülungen zur Behandlung der akuten und chronischen Gonorrhoe.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 51.)

K. führt einen Urethral-Nélatonkatheter (siehe die dem Artikel beigefügte Abbildung) ungefähr 4 cm tief in die Harnröhre ein und nimmt dann die Harnröhrenspülung mittels einer Handdruckspritze, welche ungefähr 100—125 g Fassungsraum hat, in folgenden Phasen vor: leichtes Komprimiren der Harnröhre um den Nélaton, kurze, gleichsam ruckartige Injektion einer kleinen Menge unter energischem

Druck, Aufhören des Injektionsdruckes und in Folge Öffnens des Verschlusses der Harnröhre Abfluss der Flüssigkeit.

Bei der Druckspülung dringt die Flüssigkeit bis zum Sphincter, bringt ihn zur Kontraktion und bildet eine, die ganze Harnröhre blähende, von dem Sphinkter nach dem Orificium externum sich bewegende rückläufige Schlauchwelle. Der therapeutische Werth dieser Methode liegt darin, dass die Flüssigkeit, indem sie die Falten der Schleimhaut zum Verstreichen bringt, überall hindringt, auch in die Lacuna Morgagni, deren Miterkrankung zuweilen die hauptsächlichste Veranlassung für die Fortdauer des Processes bildet. Bei diffuser Erkrankung der Pars anterior im Anschlusse an akute Gonorrhoe macht man Druckspülungen mit Arg. nitr.-Lösungen 0,25 bis 0,5 : 1000, täglich oder jeden 2. Tag, allmählich die Koncentration steigernd (1,0 — 2,0 : 1000), indem man gleichzeitig längere Pausen eintreten lässt.

Bei chronischer Gonorrhoe kann man von vorn herein mit stärkeren Lösungen (1,0 : 1000) beginnen und schneller zu den koncentrirten Lösungen übergehen. Bei der akuten Gonorrhoe können die Druckspülungen von der 4. Woche an angewendet werden, und zwar mittels einer von K. angegebenen Handspritze, deren vorderer Ansatz mit 2 Öffnungen versehen ist. Die glänzendsten Erfolge der Druckspülungen sah K. bei subchronischer und chronischer Gonorrhoe, die nach dieser Methode wesentlich leichter therapeutisch zu beeinflussen sind bezw. viel schneller zur Heilung gebracht werden können.

Gold (Bielitz).

---

7) **Besançon, Griffon et le Sourd.** Recherches sur la culture du bacille de Ducrey.

(Annal. de dermat. et de syph. 1901. Hft. 1.)

Den 3 Verf. gelang es endlich, einen geeigneten Nährboden für den Bacillus des weichen Schankers (Bacillus Ducrey, Streptobacillus Unna) zu finden. Der Nährboden besteht aus Blut, dem sie $^2/_3$ Agar zumischen. Sie benutzten arterielles Blut vom Hund und Kaninchen, venöses vom Menschen. Das Kaninchenblut war praktisch am geeignetsten. Als Nährboden war ferner sehr günstig das nicht koagulirte Kaninchenserum. Die Kolonien entwickeln sich bei 37° Temperatur nach etwa 24 Stunden, sind Anfangs rund, glänzend, hervortretend und werden schließlich opak, ein wenig grau, mit einem Durchmesser von 1—2 mm. Ihre Lebensfähigeit ist kurz in flüssigen Medien, sehr dauerhaft auf dem Blutagar. So brachte z. B. eine Kolonie aus der 12. Generation auf einen Kranken überimpft ein typisches Ulcus molle hervor.

Die Bacillen wurden gezüchtet aus primären weichen Schankern, aus Inokulationsschankern und aus schankrösen Bubonen. Damit scheint die Frage, ob in schankrösen Bubonen der Ducrey'sche Bacillus vorhanden ist, endgültig gelöst zu sein.

W. Klingmüller (Breslau).



8) **H. Klotz.** Syphilitic lesions of the wheal type.
(Journ. of cutan. and genito-urin. diseases Vol. XIX. Part 2.)

Die Erscheinungsformen des syphilitischen Exanthems sind so vielgestaltig, dass für die differentielle Diagnose alle denkbaren Hauterkrankungen in Betracht kommen. Urticariaähnliches syphilitisches Exanthem wird in der Litteratur nur sehr selten erwähnt. K. hat mehrfach im sekundären Stadium der Syphilis Efflorescenzen gesehen, welche auf Leib und Brust in 25—30 unregelmäßig vertheilten, dunkelrothen, elastischen Erhebungen auftraten. Diese quaddelartigen Gebilde verursachten weder Jucken noch Brennen; sie blieben an 6—8 Wochen bestehen und heilten ohne Schuppung ab. Neigung zur Urticaria factitia bestand nicht. Neben dieser Exanthemform bestanden in einigen Fällen auch noch schwache Roseolaflecke; in anderen Fällen trat erst 2 Wochen nach dem Auftreten des urticariellen Exanthems ein makulöses Syphilid auf. **Chotzen** (Breslau).

---

9) **Fournier.** La syphilis nerveuse précoce.
(Indépendance méd. 1901. No. 41.)

Erscheinungen von Seiten des Nervensystems: halbseitige Facialislähmung der Augenmuskeln, Neuritis optica, Cerebralerscheinungen trifft man unter 158 Fällen von Lues 69mal bereits innerhalb des 1. Krankheitsjahres an, in einer Anzahl von Fällen sogar schon wenige Wochen oder Monate nach den ersten Anzeichen der Erkrankung. Die Prognose der frühzeitigen Hirnsyphilis scheint schwerer zu sein als die der Spätform; innerhalb weniger Monate kann der Tod eintreten. Luetische Rückenmarkssymptome treten am häufigsten im zweiten Drittel des 1. Krankheitsjahres auf, von 52 Fällen wurden 12 gebessert, 14 geheilt, 10 blieben ungeheilt, 16 starben. Die specifische Behandlung ist bei der Marklues wenig wirksam. Der Tod an Lues im 1. Jahre, in den ersten Monaten der Erkrankung erfolgt in seltenen Fällen an gangränösen Haut- oder Schleimhautaffektionen, in der großen Mehrzahl aber an Nervenerkrankungen, besonders solchen des Markes. **Mohr** (Bielefeld).

---

10) **D. Bulkley.** Syphilis and associated affections.
(Journ. of cutan. and genito-urin. diseases Vol. XIX. Part. 2.)

B., welcher in der Syphilisforschung durch seine hervorragende Arbeit über die Syphilis insontium rühmlichst bekannt ist, will zur Erkenntnis der Beziehungen zwischen Syphilis und anderen gleichzeitig auftretenden oder nachfolgenden Infektionskrankheiten anregen. Es muss festgestellt werden, wie weit die Syphilis durch gleichzeitig einwirkendes oder fast gleichzeitig anderweitiges Virus in ihrem Verlaufe verändert wird, oder wie weit die anderen Infektionskrankheiten durch die Syphilis beeinflusst werden. Verf. empfiehlt zur Erzielung möglichst gleichwerthiger Beobachtungen einschlägige Fälle einzutheilen in

I. Zweifache, gleichzeitige primäre Infektion.

a. Syphilis mit einer lokalen Infektionskrankheit (Ulcus molle-Mikrobien).

b. Syphilis mit einer allgemeinen Infektionskrankheit (Vaccinia, Variola, Erysipelas, Masern, Typhus, Malaria, Diphtherie, Tuberkulose, Lepra, Sepsis).

II. Zweifache, nachfolgende Infektion.

a. Syphilis vorangehend.

b. Syphilis nachfolgend.

Wenn man von diesen Gesichtspunkten aus die bisher veröffentlichten Beobachtungen allgemein betrachtet, so muss man der von Ward aufgestellten Anschauung beipflichten, dass es sich hierbei handelt: um eine Symbiose zweier Organismen, welche sich einander unterstützen (z. B. Tuberkulose und Syphilis), oder eine Metabiose, wo der eine Organismus dem anderen einen günstigen Nährboden vorbereitet (z. B. Malaria), oder um eine Antibiose, wo der eine dem anderen entgegenarbeitet (z. B. Erysipel). **Chotzen** (Breslau).

---

11) **Brocq** et **Lanbry.** Le pigeonneau. Ulcérations professionelles des mains chez les ouvriers teinturiers en peaux.

(Annal. de dermatol. et de syphil. 1901. Hft. 4.)

Die Verff. beschreiben ausführlich das schon bekannte Geschwür bei Fellgerbern, das bei französischen Arbeitern »pigeonneau« oder »rossignol« oder »tourtereau« genannt wird. Es entsteht durch Eindringen ätzender Flüssigkeiten, wie sie beim Gerben verwendet werden, in Hautwunden und findet sich demgemäß hauptsächlich an den Fingern. Die Geschwüre sind äußerst schmerzhaft, haben einen Durchmesser von etwa 3—10, eine Tiefe von 2—4 mm, sind rund, wie mit dem Locheisen ausgeschlagen, mit einem röthlichen infiltrirten Wall umgeben und haben oft eine geröthete und infiltrirte Umgebung. Der Geschwürsgrund ist eitrig oder granulirt. Manchmal ist das Geschwür noch verdickt durch schwarze Krusten Trotzdem die Arbeiter wegen der Schmerzen frühzeitig in Behandlung kommen, dauert der Heilungsprocess oft lange.

W. Klingmüller (Breslau).

---

12) **Boisson.** Les périurétrites et leur pathogénie.

(Journ. de chir. et ann. de la soc. belges de chir. 1901. Hft. 3.)

B. klassificirt die Periuretritis folgendermaßen: 1) P. follicularis, 2) P. circumscripta acuta uud subacuta (Abscess), 3) P. chronica sive sclerotica, 4) P. diffusa phlegmonosa, 5) P. diff. gangraenosa, 6) P. diff. chronica. Er schildert jede dieser Formen eingehender und führt Beispiele und Krankengeschichten an. In ätiologischer Hinsicht steht B. vollkommen auf dem bakteriellen Standpunkt. Die mechanische, besonders von Voillemier betonte Entstehung durch

Ruptur der Harnröhre, welche heute noch viele Anhänger zählt, kommt nur ausnahmsweise in Frage. In der Regel gelangen Mikroorganismen auf Lymphbahnen in die periurethralen Theile und bedingen dort die Entzündung. Viel öfter wird dann sekundär von dem Entzündungsherd aus die Harnröhre perforirt, als umgekehrt. Der älteren und neueren Litteratur hat B. gebührend Rechnung getragen.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

---

13) **Faltin** (Helsingfors). Experimentelle Untersuchungen über die Infektion der Harnblase.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. XII. Hft. 8.)

14) Derselbe. Weitere experimentelle Untersuchungen über die Infektion der Harnblase vom Darme aus.

(Ibid. Hft. 9.)

Verf. sucht durch Versuche an männlichen Kaninchen die Frage zu lösen, ob und unter welchen Bedingungen Bakterien vom Mastdarm aus in die Blase eindringen und Cystitis erzeugen können. Die hauptsächlichsten Ergebnisse der beiden Arbeiten sind folgende:

Nach einer Mastdarmläsion in Prostatahöhe, mag sie noch so tief oder ausgedehnt sein, ist bei ungeschädigter Blase in der Regel nie Cystitis oder Auftreten von Darmbakterien zu konstatiren, wenn nicht zu gleicher Zeit eine tödliche Allgemeininfektion oder Peritonitis besteht. Ist die Blase durch künstliche Retention (durch Unterbinden der Harnröhre) geschädigt, so kann mitunter von einer Mastdarmwunde aus ein Durchwandern von Darmbakterien nach der Blase stattfinden.

Durch künstliche Kothstauung (durch Unterbinden des Afters) gelingt es nicht, Cystitis allein zu erzeugen. Nach genügend langer Kothstauung können Darmbakterien ins Blut dringen und durch die Nieren ausgeschieden werden, doch ist dies, wie die Bakteriämie, als ein agonaler Vorgang aufzufassen. Nach genügend langem Darmabschluss können sich auch in der Blase Bakterien finden, ohne erst ins Blut gelangt zu sein; dann finden sich aber schwere Alterationen des Organismus (Darmgangrän, Peritonitis), welche den Tod zur Folge haben.

F. Brunner (Zürich).

---

15) **F. Löwenhardt** (Breslau). Bestimmung des Ureterenverlaufes vor der Operation.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. XII. Hft. 8.)

L. führt einen mit einem Bleimandrin armirten Ureterenkatheter bis zum Nierenbecken und fertigt alsdann ein Skiagramm an. Der Katheter ist nach der Photographie leicht zu erkennen und giebt indirekt Aufschlüsse über die Lage der Nieren.

F. Brunner (Zürich).

---

16) **M. Patel.** De l'anurie en cours du cancer de l'uterus et de son traitement par la nephrostomie.

(Revue de chir. 1901. No. 8.)

Anurie tritt im Verlauf des Uteruscarcinoms meist nur dann auf, wenn von Portio oder Cervix her die Parametrien ergriffen sind und meist in Folge einfacher Kompression, ohne dass die Harnleiter selbst degenerirt sind. Im Allgemeinen dürften nur selten beide Harnleiter gleichzeitig verschlossen sein. Tritt also Anurie auf, so müsste man nach früheren Anschauungen damit rechnen, dass entweder beide Nieren erkrankt sind — die eine durch vorher bestehende Atrophie, die andere durch neuerlichen Verschluss —, oder dass die andere Niere, deren Harnleiter frei ist, reflektorisch an der Sekretion gehemmt sei. Verf. hält die bisherigen Beobachtungen, die das letzte darthun sollten, für unzureichend und ist der Ansicht, dass nur die erste Möglichkeit zutreffe, wofür ein gut untersuchtes Beispiel aus Poncet's Klinik angeführt wird.

Hat der Verschluss sich langsam entwickelt, so wird meist in Folge davon Hydronephrose entstanden und nachweisbar sein. Ist sie tastbar, so wird man der vitalen Indikation am besten genügen durch Nephrostomie der Sackniere; ist an ihr kein physiologisches Gewebe mehr zu finden — man versäume nicht in der Nähe des Nierenbeckens zu suchen —, so muss die andere Niere zum Angriffspunkt gemacht werden. Ist keine der Nieren zu tasten, wird man zuerst gegen die Seite vorgehen, deren Parametrium stärker infiltrirt ist (vom Harnleiterkatheterismus nur andeutungsweise gesprochen!). Findet man die Niere sehr degenerirt, wird man auch hier die andere Seite noch nachsehen müssen.

Die Befürchtung, dass bei bestehender Anurie überhaupt nur die eine, zuletzt abgeschlossene Niere noch funktionirt, muss natürlich den von dem palliativen Eingriff zu hoffenden Erfolg als höchst problematisch erscheinen lassen. Soll der Eingriff überhaupt Geltung erhalten, muss er so früh als möglich zur Ausführung gelangen.

In den bisher veröffentlichten 9 Fällen von Uretero- bezw. Nephrostomie — die erste hält P. für unzweckmäßig — ist 4mal das Leben der Kranken um 3 bis 5 Monate, die übrigen Male nur wenige Tage verlängert worden. **Christel** (Metz).

Kleinere Mittheilungen.

Stichverletzung der Blase (durch das Foramen ischiadicum majus).

Von

Dr. A. Weischer,
leitender Arzt des kathol. Krankenhauses in Hamm i/W.

In der statistischen Arbeit über die Traumen der Harnblase giebt Bartels an, dass die wahren Stichwunden zu den allergrößten Seltenheiten gehören. Von 504 Verletzungen, die Bartels sammeln konnte, gehören nur 50 hierher; davon

sind nur 27 durch ein schneidendes oder stechendes Instrument bedingt. Jeder fernere kasuistische Beitrag muss daher von Werth sein.

Nach Bartels kann die Waffe in die Blase eindringen 1) durch die Bauchdecken der Regio hypo- und mesogastrica, 2) durch die vordere, untere Abtheilung des Beckens, 3) durch die Regio perinaeo-analis (5 Fälle).

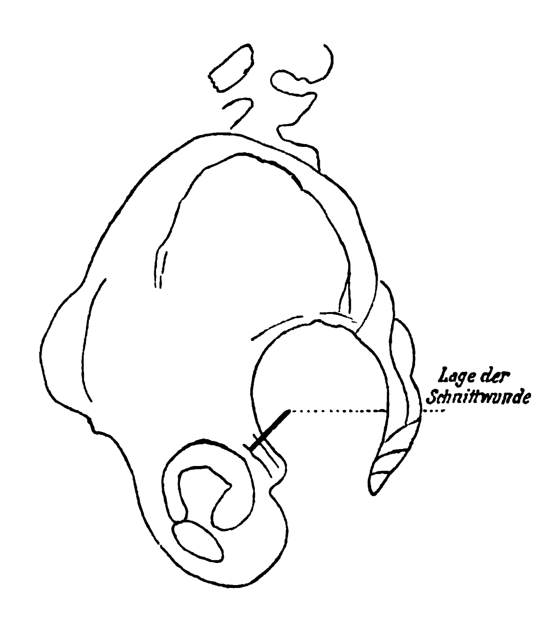
Zu dieser letzten Gegend rechnet Bartels auch die Regio glutaea. Nur in 2 Fällen soll nach ihm ein Hirschfänger oder eine ähnliche Waffe das Foramen ischiadicum als Eingangspforte benutzt haben. Ob in Wahrheit die Waffe diesen Weg genommen hat, geht aber nicht deutlich aus der Beschreibung hervor, die zu unbestimmt ist, um mit voller Gewissheit die anatomische Region festsetzen zu können. Es lassen sich anatomisch noch andere Wege denken, die der kurzen Schilderung entsprechen würden.

In dem Handbuch der praktischen Chirurgie giebt Sonnenburg bei dem Kapitel über Blasenverletzungen nur die Resultate der Bartels'schen Arbeit wieder; aus der neueren Litteratur weiß er nichts Bemerkenswerthes anzuführen.

In den mir zugänglichen Lehrbüchern (Hüter, König, Tillmanns) wird die Kasuistik kaum gestreift.

Der nachstehend beschriebene Fall scheint demnach der erste zu sein, bei dem mit voller Bestimmtheit der Weg der Verletzung durch das Foramen ischiadicum majus festgestellt ist; zum Mindesten ist er der erste, bei dem das Leben des Verwundeten erhalten worden ist.

Am 2. Juli 1894 geriethen die Arbeiter M. und B. beim Mähen in Streit. Der Arbeiter M., ein jähzorniger Mensch, versetzte seinem Kollegen mit der Sense einen Hieb in die linke Glutäalgegend. Die Sense saß fest im Becken. Nur mit großer Mühe, wobei der Verletzte selbst noch half, konnte das Werkzeug aus dem Körper gezogen werden. Sofort stürzte mit dem Blut massenhaft Urin aus der Wunde. Vom Tage der Verletzung ab entleerte sich kein Tropfen Harn mehr durch die Urethra. In den nächsten Tagen trat kein Fieber, auch keine Schmerzhaftigkeit des Leibes, speciell der linken hypogastrischen Gegend ein.



Als sich keine Änderung in der abnormen Harnentleerung zeigte, wurde der Mann am 7. Juli ins Krankenhaus gebracht.

Die Inspektion ergab eine 7 cm lange Wunde, die fast genau in der Linie zwischen der Spina ossis ilei post. inf. sin. und der Spitze des Trochanter maj. sin. lag (siehe Fig.). Der Schnitt begann $5^1/_2$ cm hinter dem großen Rollhügel. Die Granulationen waren mit Eiter und grauweißen Gerinnseln bedeckt. Aus der Wunde sickerte ständig trüber Urin. Die digitale Untersuchung ließ einen Kanal erkennen, der durch das Foramen ischiadicum majus ins Becken führte. Die Umrandung der Incisura ischiadica war nach oben und vorn deutlich zu fühlen. Ungefähr an der Verwachsungsstelle des Os ilei und ischii lag eine $1^1/_2$—2 cm tiefe Kerbe, in deren freien Rand die Fingerkuppe eben eindrang. Man fühlte, dass der Wundkanal sich nicht durch, sondern um

den Knochen seitwärts zur Blase fortsetzte. Die kräftig entwickelte Gesäßmuskulatur verhinderte ein weiteres Vordringen des Fingers. Der N. ischiadicus war nicht verletzt; irgend eine Störung der von ihm innervirten Muskeln ließ sich nicht nachweisen. Der Leib war nicht empfindlich; man konnte im linken Hypogastrium mit der Hand tief eindringen, ohne Schmerz zu erregen. Die Temperatur betrug 37,5° C.

Es lag demnach zur Zeit eine extraperitoneale Verletzung der Blase vor. Ich drainirte die Blase durch den Wundkanal mit einem daumendicken Gummirohr, das über den Bettrand hinweg in eine Schale reichte, deren Boden mit Karbollösung bedeckt war. Die große Wundhöhle wurde mit Jodoformgaze ausgestopft. In den ersten Tagen floss noch Urin neben dem Drainrohr vorbei, so dass ein dreimaliger Verbandwechsel im Tage stattfinden musste. Schon nach einer Woche entleerte sich sämmtlicher Harn durch den Gummischlauch. Wegen der bestehenden Cystitis wurde die Blase 3—4mal täglich mit 2%iger Karbollösung ausgespült, die später, da sich wenig Erfolg zeigte, durch Sublimatwasser 1:5000 ersetzt wurde. Um den Reiz des Katheterschnabels auf die nahe zusammenliegenden Blasenwände zu vermeiden, nahm ich zum Ausspülen einen Irrigator, dessen Schlauch am Ende eine Olive trug, die zur Öffnung der Harnröhre passte. Es genügte eine Druckhöhe von 1 m, um den Widerstand des Schließmuskels nach kurzer Zeit zu überwinden.

Am 18. Juni wurde der Drain durch ein Gummirohr von der Dicke eines kleinen Fingers ersetzt. Am 27. Juni wurde der Drain dauernd entfernt. Die Wunde schloss sich nun rasch, so dass der Mann am 10. Juli geheilt entlassen werden konnte.

Vor einiger Zeit hatte ich Gelegenheit, den Mann wiederzusehen. Er fühlte sich völlig wohl; der Urin war ständig klar geblieben. Es war demnach mit der Sense kein Fremdkörper in die Blase gedrungen, wie es so häufig in den Krankenberichten von Bartels angegeben wird.

Ob es sich in unserem Falle um eine extra- oder intraperitoneale Verletzung gehandelt hat, kann ich nicht angeben, da ich den Mann erst einige Tage nach dem Trauma in Behandlung bekommen habe. Möglicherweise hätte die digitale Untersuchung im Anfang eine vorliegende Darmschlinge nachweisen können.

Für die extraperitoneale Verletzung spricht anscheinend der Mangel jeglicher peritonitischen Reizung in den ersten Tagen nach dem Trauma und das Fehlen einer Darmwunde. Indess beide Symptome sind ja nicht nothwendig mit der Eröffnung der Peritonealhöhle verbunden.

Bedenkt man die Größe und Breite des Messers, ferner den Weg der Sense um den vorderen Rand der Incisura ischiadica auf die hintere Fläche des Acetabulums, das eines schützendes Muskelwalles entbehrt, so muss man mit großer Wahrscheinlichkeit schließen, dass primär das Peritoneum verletzt worden ist.

Der weite Wundkanal ließ sämmtlichen Urin frei nach außen fließen; eine Stockung des Harns, die ja für die Genese der Peritonitis bei Traumen der Blase so bedeutungsvoll ist, wurde vermieden. Da ferner der Mann nicht sofort transportirt wurde, sondern ruhig einige Tage am Thatorte blieb, so konnten die Därme ungestört verkleben und den Wundkanal von der Bauchhöhle abschließen.

Bartels sagt: Hiebwunden kommen, so weit es sich statistisch feststellen lässt, überhaupt nicht vor. Auch dieser Fall spricht nicht gegen diese Ansicht. Betrachtet man nur die Art und Weise, wie die Sense gehandhabt wird, so liegt freilich eine Hiebwunde vor. Indess, da das Messer ziemlich rechtwinklig an den Griff befestigt ist, so drang es nicht mit der Schneide, sondern mit der Spitze in die Blase. Es liegt daher auch in unserem Falle eine Stichwunde vor.

Neu ist das verletzende Werkzeug; bisher sind nur Lanzen, Degen, Messer, Dolche und Heugabeln als Waffen benutzt worden.

---

17) 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Hamburg.

Sektion für Chirurgie.

(Fortsetzung.)

A. Lewin (Berlin): Zur endovesicalen Behandlung.

Demonstration von Instrumenten nach dem Princip des Nitze'schen Ureterencystoskops, nur dass der Kanal für den Katheter weiter ist und gestattet, außer dem Löwenhardt'schen Brenner auch andere diagnostische und therapeutische Hilfsinstrumente, wie biegsame Metallsonden, dickere Katheter für Blasendivertikelspülungen, Ätzmittelträger, Pinselinstrumente, Doppelcuretten für Probeexcision von Tumoren etc. einzuführen. — Die Lampe des Cystoskops giebt durch eine besondere Herstellung des Kohlenfadens eine erheblich geringere Erwärmung als die bisher gebräuchliche Lampe, wodurch Verbrennungen ausgeschlossen und ein Arbeiten auch bei wenig gefüllter resp. mit Luft ausgedehnter Blase ermöglicht wird. — Das Instrument ist zu gleicher Zeit auch als Spülcystoskop, gewöhnliches Untersuchungscystoskop, so wie für den Ureterenkatheterismus verwendbar. (Selbstbericht.)

F. Schlagintweit (München, Bad Brückenau): Kritik der Bottini'schen Operation an 150 Experimenten und an 82 Präparaten von Prostatahypertrophie aus der Sammlung Guyon des Hospital Necker in Paris.

Viele frühere Publikationen von »Erfolgen« erweckten Misstrauen. Jetzt ist dies anders, seit durch die Bemühungen Freudenberg's u. A. eine genaue Begriffsbestimmung des Erfolges angenommen wurde. Man versteht unter Heilung, ca. 50—60%, dass kein Katheter mehr gebraucht, der Urin in freiem Strahl gelassen und kein oder nur ganz wenig Residualurin zurückbehalten wird. Besserung, wenn niemals mehr komplete Retention, leichterer und weniger Harndrang, weniger Schmerz und subjektives Besserungsgefühl besteht, ca. 20—30%. Ungebessert waren 13—18%, Mortalität 4,5—8%. Also (auch nach Jahren noch bestehende) Erfolge ca. 75%. Kontraindikationen: Schwere Nephritis und Pyelitis, schwere, eitrige Cystitis, schwerer Marasmus. Distension der Blase ist keine absolute Gegenanzeige, da sich die Funktion des Detrusors schon mehrmals nach der Operation wieder einstellte. Üble Zufälle 1) während der Operation: Verbiegen des glühenden Messers meistens durch unruhiges Halten des Instruments, Durchbrennen der Klinge, Versagen des Stromes. Desshalb nie Accumulatoren, sondern nur direkten Straßenstrom mit Transformatoren. 2) Nach der Operation: Fieber, nur wenige Tage und nur bei eitrigen Harnwegen, Nachblutung durch Schorfabstoßung 4. bis 20. Tag, Thrombosen und Pneumonien ziemlich selten. Außer der sehr leichten Handhabung des Instrumentariums sind noch besondere Vorzüge: oft momentaner Erfolg, keine Narkose, Möglichkeit der Wiederholung, kurzes Krankenlager (2—3 Tage). Trotzdem also nach v. Frisch das Verhältnis der Erfolge so günstig ist, dass sich die Bottini'sche Operation mit irgend einem anderen gegen Prostatahypertrophie vorgeschlagenen chirurgischen Eingriffe gar nicht vergleichen lässt, ist die Operation wenig populär bei den nicht urologischen Chirurgen: 1) wegen ihrer Unverlässlichkeit, 2) wegen der Unmöglichkeit, Gründe für den jeweiligen Erfolg oder Misserfolg anzugeben, 3) wegen der wenigen postoperativen Sektionen, 4) wegen des besonders in Deutschland empfindlichen Mangels zum Studiren geeigneter Präparate von Prostatahypertrophie.

Das Princip der Operation besteht in dem Einbrennen V-förmiger, 2 cm tiefer Rinnen in das Parenchym, welche sich nach Abstoßung der Brandschorfe noch vertiefen und wenig Neigung zum Verheilen zeigen. Eine sekundäre Volumsabnahme findet meist nicht statt, und ist der rein mechanische Effekt der Operation ein Beweis dafür, dass das ganze Wesen der Prostatahypertrophie mit allen Folgeerscheinungen eben nur in der mechanischen Behinderung des Harnabflusses beruht.

Jetzt beruht die ganze Subtilität der Operation in der a priori zu lösenden Kardinalfrage: In welcher Richtung, in welcher Anzahl, in welcher Länge und in welcher Reihenfolge muss ich in dem vorliegenden Falle meine Schnitte anlegen?

Die meiste bisher veröffentlichte Kasuistik giebt hierauf nur allgemeine, aber nicht für den Einzelfall kontrollirbare Regeln. Die Operateure müssten uns genau die anatomischen und topographischen Gründe angeben, wesshalb sie gerade so ihre Schnitte anlegten.

Demonstration der photographirten Präparate durch Projektion und Stereoskopie. Demonstration von Instrumenten, welche Vortr. zu seinen an 22 Prostatikern ausgeführten Experimenten benützte. Versuche damit an Leim- und Gipsmodellen.

Resultat: Nach der Einführung eines starren, geraden Instruments, wie des Bottini'schen Incisors, ist die Drüse nicht mehr die nämliche. Nicht nur ihre Lage ist anders, auch ihre Haltung, die Gruppirung etwaiger Mittellappen ist verändert. Auch ist im Innern der Drüse sowohl als in ihrer Kapsel durch die gewaltsame Geradestreckung der vorher winklig geknickten Harnröhre eine labile Streckspannung entstanden, die proportional der Harnröhrenknickung, der Härte der Drüse und der Straffheit ihrer Kapsel und ihres Bandapparates ist. Dies ist die aufs sorgfältigste auszustudirende kritische Situation nicht nur vor dem ersten Schnitt, sondern auch vor jedem nachfolgenden, da sich eben durch den vorausgehenden Schnitt in Folge der Spannung die Konfiguration ändern kann. Das sog. möglichst feste, typische Anhaken so wie das Griffanlegen oder Senken wird aus mehrfachen Gründen verworfen und die bereits dadurch hervorgerufenen publicirten und möglichen Zufälle aufs eingehendste kritisirt. Hierauf werden die durch Cystoskopie erreichbaren Aufschlüsse bezüglich Zahl, Richtung und Reihenfolge der Schnitte besprochen. Auch hier sind Täuschungen möglich. Die bis jetzt konstruirten Incisionscystoskope sind zu dick, schneiden zu seicht und zu kurz, geben keine Garantie, dass man jedes Mal so wenig Blutung hat, um auch den Ansatz des Messers für den 2. und die folgenden Schnitte zu sehen. Unter genauer Angabe der Gründe schlägt Vortr. vor: Füllung der Blase nur mit steriler Luft. Vorher Bougie à boule zugleich mit Rectumpalpation, Cystoskopie. Abtastung des Orificium internum mit dem bereits zum Schnitt bereiten Incisor unter Zeigefingerkontrolle vom Mastdarm her. Verwendung eines möglichst leichten und ganz der von selbst eingenommenen Lage zu überlassenden Incisors, der nicht angehakt, sondern nur bis zur Berührung an das Orificium gezogen wird. Die Abtastung nach der Methode des Vortr. geschieht nicht mit dem ganzen Instrument, sondern nur mit dem leicht beweglichen Klingentheil wie mit der männlichen Branche eines Lithotriptors. Diese Abtastung dicht vor dem eigentlichen Schnitt ergiebt so genaue Resultate wie die Cystoskopie und lässt sich sogar dicht vor dem Schneiden während des Abtastens graphisch nach Art einer Pulskurve darstellen, so dass man während der ganzen Operation das Bild des Orificium vor Augen hat.

Alles in Allem ist mit den angegebenen theils alten, theils neuen Methoden zur Bestimmung der Länge, Zahl, Richtung und Reihenfolge der Schnitte Folgendes zu ergründen: 1) Die Länge der Schnitte für alle Richtungen. 2) Die Richtung und Zahl der Schnitte nach hinten. 3) Die Richtung der Schnitte nach den Seiten, jedoch nicht über die Horizontale. 4) Die Reihenfolge der Schnitte. Die Zahl der Schnitte, besonders auch die Richtung der Schnitte nach vorn und seitlich über die Horizontale ist zur Zeit noch nicht mit Sicherheit in jedem Falle zu ermitteln. Dies wird vielleicht durch Messungen des Winkels zwischen Incisorschaft und Symphyse ermöglicht, so wie durch das Studium der Querschnittsfigur in verschiedenen Höhen der hypertrophirten Prostata, eine Aufgabe, die sich Vortr. vorbehält. S. schließt mit dem Satze: Es möge aus der gegenseitigen Zusammenwirkung der chirurgisch-klinischen Erfahrung und des topographisch-anatomischen Studiums für die Bottini'sche Operation das erreicht werden, was für die Lithotripsie auch erreicht wurde: die Anerkennung der Chirurgen nicht als eines experimentalchirurgischen Kunststücks, sondern als einer Methode.

(Selbstbericht.)

Diskussion. Kümmell (Hamburg) giebt zu, dass die Bottini'sche Operation ohne Zweifel ein Arbeiten im Dunkeln sei. Doch habe er trotz dieses

Mangels eine Menge guter Erfolge erzielen können. Es freue ihn besonders, dass dieses Verfahren allgemeine Anwendung gefunden habe, da er sich schon vor vielen Jahren im Marienkrankenhaus damit beschäftigt habe. Damals seien die technischen Schwierigkeiten bei der mangelhaften Isolation der Brenner sehr große gewesen.

Straus (Frankfurt a/M.) stimmt Schlagintweit bei, ist jedoch der Meinung, dass durch das Cystoskop der Operation viel von ihrer Unsicherheit genommen werden kann. Im Nothfall operirt S. zweiseitig und erhält dann bei der 2. Operation weitere Aufschlüsse durch das Cystoskop.

Bertelsmann (Hamburg).

Schlagintweit (Schlusswort) macht Straus gegenüber darauf aufmerksam, dass häufig die Hauptsache, ob ein Mittellappen vorhanden ist, nicht einmal durch das Cystoskop erkannt werden kann, und dass ein solcher Mittellappen dann als Seitenlappen angesprochen wird. (Selbstbericht).

Zuckerkandl (Wien): Über Blasensteinoperationen.

Z. bespricht die Erfahrungen, die er an 150 Operationen der Blasensteine zu machen Gelegenheit hatte. Es wurden die Lithotripsie 109mal, die perineale Lithotripsie 1mal, der hohe Blasenschnitt 37mal ausgeführt. Nachdem die moderne Technik dieser Operationen, namentlich die aseptische Ausführung der Lithotripsie, eingehend besprochen wurde, zählt Z. seine Resultate auf. Die Mortalität bei der Lithotripsie betrug 3,6%, bei dem hohen Blasenschnitt 13,3%. Recidive wurden in beiden Methoden annähernd in der gleichen Anzahl beobachtet. Mit Rücksicht auf die auch an der Hand von Litteraturangaben erwiesene größere Gefahr des hohen Blasenschnittes, die längere Heilungsdauer, die möglichen Komplikationen während des Wundverlaufes und nach abgeschlossener Heilung, hält Z. die Bestrebungen für berechtigt, die Übung des hohen Blasenschnittes zu Gunsten der Steinzertrümmerungsmethoden möglichst einzuschränken. In diesem Sinne bedeutet die Einführung der perinealen Lithotripsie einen wesentlichen Fortschritt, indem mit Hilfe dieser Methode eine Anzahl von Fällen, in denen nach den bisherigen Anschauungen der hohe Blasenschnitt angezeigt war, nunmehr der Lithotripsie zufallen. Die Zertrümmerung von der eröffneten Harnröhre aus liefert durch die Kürze und Weite des Weges besonders günstige Bedingungen für die Evakuation und für eine eventuelle Blasendrainage. Mit Rücksicht darauf, dass der Steinschnitt in vieler Beziehung als schwererer Eingriff als die Lithotripsie aufgefasst werden muss, können die beiden Operationen nicht als rivalisirende Methoden gelten. Aus diesem Grunde hält Z. die subjektive Entscheidung bei der Wahl der Operationen für einen nicht zulässigen Vorgang. Er verlangt eine Diagnosenstellung mit allen möglichen Details und eine dem Einzelfall angepasste Operationsmethode.

Die Lithotripsie ist die Operation der Wahl und überall auszuführen, wo der Stein nicht zu groß und den Instrumenten zugänglich ist. Die perineale Lithotripsie ist dort angezeigt, wo die Harnröhre für die starren Instrumente unwegsam ist; also bei Prostatahypertrophie, Strikturen oder Steinen der Harnröhre. Zur Vollendung der Operation ist die perineale Lithotripsie angezeigt, wenn während der gewöhnlichen Steinzertrümmerung die Harnröhre durch Prostataschwellung oder Steineinklemmung unwegsam geworden ist, und in der Blase noch größere Fragmente vorhanden sind.

Der hohe Blasenschnitt ist angezeigt bei Steinen, die die ganze Blase ausfüllen oder vermöge der Größe auch nur eines ihrer Durchmesser in einer Lage festgeklemmt sind. Ferner bei Steinen in Divertikeln, im tiefen Fundus, bei eingekapselten Steinen, Harnleiter-Blasensteinen oder wandständigen und angewachsenen Steinen. Ferner bei Fremdkörpersteinen, bei Komplikation von Stein und Neoplasmen der Blase und endlich, wenn eine Fistel angelegt werden soll.

(Selbstbericht.)

Trendelenburg (Leipzig) führte einen 6jährigen Knaben vor, bei dem er eine angeborene vollständige Blasenspalte (Ektopie der Blase) nach seiner Me-

thode zum Verschluss gebracht hat. Er verfuhr dabei ganz in der früher beschriebenen Weise. Die Synchondrosenspaltung wurde nur auf der einen Seite vorgenommen, Anfrischung und Naht der Spaltränder geschah in Beckenhochlagerung; eine in der Mitte der Blase absichtlich zunächst offen gelassene Öffnung wurde durch Lappendeckung, einige zurückgebliebene kleine Fisteln wurden durch Anfrischung und direkte Vereinigung geschlossen. Mit besonderer Sorgfalt wurde darauf geachtet, dass der Blasenhals und Anfangstheil der Harnröhre eng genug wurde. Nach den verschiedenen Operationen wurde der Urin mittels der Bunsen-schen Wasserstrahl-Luftpumpe (Perthes) von dem Operationsgebiet abgesaugt, was sich als sehr vortheilhaft erwies. Das Resultat ist vollständige Kontinenz; der Knabe hält den Urin $1^1/_2$—2 Stunden, entleert ihn willkürlich in kräftigem Strahl und kann den Strahl auch willkürlich unterbrechen. — T. bespricht das Verfahren von Maydl (Implantation der Ureteren in die Flexura sigmoidea) und hebt hervor, dass dasselbe mit dem seinigen, besonders bei Knaben, nicht konkurriren kann. (Selbstbericht.)

Diskussion. v. Eiselsberg (Wien) hat 8mal die Ureterenimplantation nach Maydl in die Flexura sigmoidea wegen Ectopia vesicae ausgeführt. 2 Pat. starben an septischer Peritonitis, 1 an ascendirender Pyelitis. 5 Pat. sind geheilt, davon einer schon 5 Jahre kontinent. Allerdings kommt es bei diesen vor, dass sie ab und zu etwas feuchtes Hemd bekommen.

Eine wesentliche Schwächung des Sphinkter hat v. E. nicht gesehen.

Bertelsmann (Hamburg).

Friedrich Straus (Frankfurt a/M.): Untersuchungen über Physiologie und Pathologie der Nierenfunktion.

Nach Casper und Richter scheiden normale Nieren meistens in gleichen Zeiten gleiche Mengen N und Cl so wie gleiche Mengen Zucker nach Phloridzininjektion aus, und die molekuläre Dichte des aus jeder dieser Nieren gleichzeitig abgesonderten Urins ist gleich. Chirurgisch erkrankte Nieren weichen von diesem normalen Typus in der Weise ab, dass die kranke Niere schlechter arbeitet als die gesunde, was sich in einer verminderten Ausscheidung von N, Cl und Zucker (S) nach Phloridzininjektion und in einer geringeren molekulären Dichte (Δ) des gleichzeitig abgesonderten Urins manifestirt. Casper und Richter stellten ihre Untersuchungen in der Weise an, dass sie jeweils in einem Falle einmal dasjenige Nierensekret analysirten, das sie während einer bestimmten Zeit erhielten. S. hatte sich nun die Aufgabe gestellt, zu untersuchen, wie unter normalen Verhältnissen sowohl als auch unter pathologischen 1) die Funktion jeder Niere sich verhält bei wechselseitiger Vergleichung mit einander im gleichen Zeitabschnitt aber in verschiedenen aus einander liegenden Zeitfolgen, und wie 2) ein und dieselbe Niere einer jeden Seite a. für sich allein sowohl als auch b. im Vergleich zur anderen Niere betrachtet, arbeitet α) in verschiedenen, aber sich unmittelbar einander folgenden Zeiten, β) in einem gegebenen Zeitpunkt, verglichen mit der Funktion während eines voraufgegangenen oder folgenden Zeitabschnittes.

Es ergab sich aus 39 Untersuchungen bei normalen und chirurgisch erkrankten Nieren die physiologisch wie pathologisch interessante Thatsache, dass die Werthe für Δ, für $\overset{+}{\text{U}}$r-Phosphorsäure, für Cl der zeitlich mittelbar oder unmittelbar nach einander abgesonderten Sekrete in gleichen Zeiten für beide Nieren normaliter gleich sind, dass sie aber wechselnde sind für ein und dieselbe Niere in eben dieser Zeit, und zwar gleichsinnig wechselnde für jede Niere, physiologisch sowohl wie pathologisch. Es lässt sich demnach zur Lehre von der Physiologie der Funktion der Niere der Satz aufstellen: Die Funktion physiologisch arbeitender Nieren ist in gleichen Zeiten die gleiche, verglichen linke mit rechter Niere (Casper und Richter), diese Funktion ist aber eine wechselnde — und zwar eine in jedem Augenblick wechselnde — in ein und derselben Niere. Zur Lehre von der Pathologie der Nierenfunktion (Nephritis, Nephralgie, Pyonephrose, Tumor): Es weist die Funktion, verglichen links und rechts, gleichzeitig stets analoge Diffe-

renzen auf und ist in ein und derselben Niere in jedem Augenblick eine wechselnde, niemals eine konstante. Δ, Cl, $\overset{+}{\text{Ü}}$r-Ph-Säuregehalt im Sekret der gleichen Niere wechseln also von Augenblick zu Augenblick physiologisch wie pathologisch, sind aber physiologisch jeder Zeit gleichwerthig dem korrespondirenden Sekret der korrespondirenden Niere. Diesen Wechsel der Koncentration fand S. im direkten Verhältnis stehend zum Verdauungs- resp. Resorptionsprocess. Δ, Cl, $\overset{+}{\text{Ü}}$r-Ph sinken mit Abklingen der Resorption; der Höhe der Resorption entsprechen die höchsten, dem Ende die niedrigsten Werthe. Bei Blut-δ-Bestimmung darf Abegg-Nernst'sche Vorschrift und Korrektion nicht vernachlässigt werden. Auf Cl-Bestimmung, die exakte Werthe liefert, sollte nicht verzichtet werden. Alle Untersuchungen, in denen eine bestimmte Grenze für Δ im Gesammturin aufgestellt wurde, und wo man glaubte, aus einem diesseits oder jenseits dieser Grenze liegenden Δ diagnostische Schlüsse auf pathologische Zustände ziehen zu können, sind für eine diagnostische Verwerthung werthlos ohne Angabe der aufgenommenen und ausgeschiedenen Flüssigkeitsmenge und ohne den dazu gehörigen Stoffwechselversuch.

Dabei wurde Folgendes festgestellt: In einem Falle von paroxysmaler Nephralgie wurden Cylinder im Urin der schmerzenden Niere gefunden. Die Funktionsprüfung ergab enorme Differenzen in der Zuckerzahl, und es bestand danach eine erhebliche funktionelle Beeinträchtigung der schmerzenden Niere. Dies konnte nur durch Reihenuntersuchung, wie sie S. anwandte, konstatirt werden, und der Fall zeigt zum ersten Mal ohne autoptische Einsichtnahme in den Zustand der lebenden oder todten Niere, einzig durch Analyse des gesondert aufgefangenen Harns, dass einer einseitigen Nephralgie eine einseitige Nephritis zu Grunde liegt.

Funktionelle Prüfung bei Pyonephrosis dextr. ergab $^3/_4$ ccm Eiter der rechten auf 65 ccm normalen Urins der linken Niere. Noch vorhandener Zuckergehalt im Eiter, 0,4%, bewies noch erhaltenes secernirendes Nierenparenchym, was S. durch Nephrektomie bestätigt fand. δ des Blutes war 0,59.

Über kindskopfgroßer Tumor der rechten Niere: Es ist nur noch wenig secernirendes Parenchym erhalten, die erkrankte Seite scheidet 20mal weniger Zucker aus als die gesunde.

In einem Falle, wo vor $7^1/_2$ Jahren Nierentuberkulose links durch gelegentlich einer Nephropexie konstatirte Riesenzellen festgestellt war, fand sich völlig normale Funktion. Blut-δ normal. Von vorgeschlagener Nephrektomie daher Abstand genommen. Es existirt bislang keine Beobachtung, wo bei tuberkulösen Niere die Zahlen beiderseits gleich waren. Es wäre möglich, dass dies dennoch der Fall wäre; aber auch die andere Möglichkeit ist zu erwägen, Pat. ist gesund: Ihre Nierentuberkulose ist geheilt. Doch möchte sich S. die Reserve auferlegen, die ihm nöthig erscheint, so lange, bis weitere Beobachtungen nach dieser Richtung hin vorliegen. Denn nach dem Vorgang der Heilung von tuberkulöser Meningitis, Lungentuberkulose und Tuberkel des Gehirns erscheint auch die Heilung einer lokalisirten Nierentuberkulose sehr wohl möglich. (Selbstbericht.)

L. Casper (Berlin): Die Verwerthung der funktionellen Nierenuntersuchung für die Diagnostik der Nieren- und Bauchchirurgie.

Abgedruckt im Centralblatt für Chirurgie No. 44.

Kümmell (Hamburg) erläutert an der Hand einer über 100 Fälle enthaltenden Tabelle den Werth der Gefrierpunktsbestimmung des Blutes. Bis jetzt habe ihn dieses diagnostische Merkmal für das Verhalten der Niere, die nicht exstirpirt werden sollte, nicht im Stich gelassen.

Bertelsmann (Hamburg).

(Fortsetzung folgt.)



18) **F. Schultze.** Ein einfacher orthopädischer Tisch.
(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. IX. Hft. 3.)

Der auf dem letzten Chirurgenkongresse demonstrirte orthopädische Tisch des Verf.s dient zur bequemen Ausführung orthopädischer Maßnahmen, nämlich zum Anlegen von Verbänden und zum Redressement von Deformitäten, zur Korrektur von Kontrakturen und zur Behandlung der Kyphose, ferner zur Behandlung von Knochenbrüchen und Verrenkungen der unteren Extremitäten. Der Tisch besitzt außer verstellbaren Bügeln, Rollen, Stangen und Räder, statt einer Schraube je eine Welle am Kopf- und Fußende zur Regulirung des Zuges, außerdem einen vereinfachten Lorenz'schen Osteoklasten (»Fußpresse«) und eine Kyphosenschaukel. Die technischen Details mögen in der mit 6 Abbildungen ausgestatteten Arbeit selbst nachgelesen werden. **J. Riedinger** (Würzburg).

19) **Strube.** Bericht über die Höftman'sche Klinik in Königsberg i/Pr.
(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. IX. Hft. 3.)

In der Zeit vom 1. Januar 1899 bis 1. Juli 1900 wurden in der Höftmanschen Heilanstalt 1179 Pat. stationär und 1077 ambulant behandelt. Die Therapie war in den meisten Fällen eine orthopädisch-chirurgische, resp. mediko-mechanische (nach Zander). Nach Gruppen geordnet kommen in dem vorliegenden Bericht die Krankheitsfälle hinsichtlich der Therapie zur Besprechung. Genauere Angaben hierüber sind an dieser Stelle nicht möglich. Hervorzuheben wäre nur die Kombination der Skoliosenbehandlung mit der Weir-Mitchell-Kur, die Trepanation der Wirbelsäule bei Lähmung der unteren Extremitäten in Folge von tuberkulöser Spondylitis, die Anlegung eines Wasserglasapparates bei Coxitis, die Massage bei adhärenten Hernien, die Konstruktion eines Klumpfußapparates und zweier Hilfsapparate zur Beseitigung von Schulterankylosen. Einen größeren Raum nimmt auch die Besprechung der Nachbehandlung von Verletzungen in Anspruch. Nicht weniger als 69 Abbildungen, theilweise nach Röntgenaufnahmen, begleiten die Arbeit. **J. Riedinger** (Würzburg).

20) **W. Bager** (Kopenhagen). Über sogenannte Myositis ossificans multiplex progressiva.
(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. IX. Hft. 3.)

Die 14 Jahre alte Pat., von der Verf. berichtet, erkrankte im 2. Lebensjahre und war schon wiederholt Gegenstand von Erörterungen in der dänischen Litteratur (Studsgaard, Bornemann). Die erste Erscheinung zeigte sich an der Stirn in Gestalt einer vorübergehenden, knöchernen Anschwellung. 1 Jahr später entstand eine knöcherne Geschwulst am Halse, die nach der Exstirpation recidivirte. Erst nach mehreren Jahren ließ sich alsdann Verknöcherung an den Beinen, zuerst an der Vorderseite der Oberschenkel, nachweisen. Die Krankheit schritt nunmehr rascher fort und ergriff auch die Muskeln des Gesichts, des Nackens, des Rückens und der Arme, schwere Störungen der Gelenkfunktionen und des körperlichen Befindens verursachend. Die Verknöcherung begann stets unter dem Bilde der entzündlichen Infiltration. Dann folgte Retraktion und Verhärtung. Über die Lokalisation der Erkrankung giebt Verf. genauer Aufschluss, z. Th. unter Berufung auf 6 Abbildungen, die nach photographischen und nach Röntgenaufnahmen angefertigt wurden. Die Beobachtung des Falles gab Veranlassung zur Zusammenstellung der bisher veröffentlichten 54 Fälle, auf Grund welcher Symptomatologie, Diagnose, Prognose, pathologische Anatomie und Ätiologie des Leidens besprochen werden. Verf. betrachtet die Krankheit als eine angeborene Anomalie, welche er lieber als Polyossificatio congenita progressiva bezeichnen würde. Am Schlusse der Arbeit findet sich ein ausführliches Verzeichnis der Litteratur. **J. Riedinger** (Würzburg).

21) **M. W. Ware.** Gonorrhoeal myositis.

(Amer. journ. of the med. sciences 1901. Juli.)

35jähriger Mann bekommt in der 4. Woche eines akuten Trippers eine linksseitige Gonitis, die in 3 Wochen heilt. Darauf stellt sich heftiger Schmerz in der Schultergegend ein. Dieselbe ist geschwollen, nicht geröthet, aktive Abduktion unmöglich, bei passiver Abduktion heftiger Muskelkrampf. Dann stellt sich starke Schmerzhaftigkeit und Infiltration des Latissimus dorsi an der Grenze der Achselhöhle ein und Temperatursteigerung auf 100° F. Urethritis posterior mit Gonokokken festgestellt, Cystitis. Schwellung und Schmerz nehmen zu, daher in der Annahme eines Abscesses Incision. Es fließt nur trübes Serum ab, Muskel sieht grau und brüchig aus. Wunde heilt unter Drainage erst in 6 Wochen; Infiltration verbreitet sich dabei über den ganzen Muskel. Allmählich erst bildet sie sich zurück, und entsprechend bessert sich die Abduktionsfähigkeit.

In dem von dem Serum hergestellten Deckglaspräparat finden sich spärliche extra- und intracellulär gelagerte Gonokokken; Kulturen auf Zuckeragar und -gelatine blieben steril. Ein Stück des excidirten Muskels zeigt mikroskopisch das Bild der interstitiellen Myositis mit zahlreichen Gonokokken.

W. meint, die Behandlung soll meist exspektativ sein; nach Vorübergehen des akuten Stadiums Massage. Bei excessiver Schmerzhaftigkeit ist eine Incision zur Entspannung am Platze. **R. v. Hippel** (Kassel).

22) **J. Zeisler.** An unusual phenomenon of syphilis: Othematoma.

(Journ. of cutan. and genito-urin. disease Vol. XIX. Part. 2.)

Das Haematoma auris, ein zwischen Ohrknorpel und Perichondrium sich entwickelnder Bluterguss, welcher oft zu hochgradiger Zerstörung des Knorpels führt, wird zumeist im Anschlusse an ein Trauma beobachtet. Z. theilt einen Fall mit, in welchem ohne jedes Trauma im 11. Monate nach Luesinfektion (Daumensklerose) plötzlich ein heftiges Ohrhämatom auftrat. Mehrfache Punktion und Entfernung des flüssigen Inhaltes war erfolglos; erst ausgiebiger Gebrauch von Jodkali brachte es zum völligen Schwinden unter Zurücklassen einer geringen Verdickung der Ohrmuschel. Als Ursache des Ergusses ist eine Perichondritis syphilitica anzunehmen. 6 Monate nach dem Erscheinen des Haematoma auris zeigte Pat. cerebrale Erscheinungen (Schwindelanfälle, Ohrensausen, Erbrechen); es ist nicht auszuschließen, dass auch das Othämatom von einer syphilitischen Veränderung der Gehirnbasis aus hervorgerufen wurde. **Chotzen** (Breslau).

23) **Gaucher et Coyon.** Syphilis méconnue. Lésions osseuses datant de deux ans.

(Soc. de dermatol. et de syphil. Séance du 15. April 1901.)

(Ann. de dermat. et de syph. 1901. Hft. 4.)

Verff. geben die ausführliche Krankengeschichte eines Falles, der wegen gummöser Infiltration des linken Sterno-cleido-mastoideus, Anschwellung des rechten Kniegelenks, Gumma und Bruch des linken Schlüsselbeins 2 Jahre lang vergeblich unter der Diagnose »Tuberkulose« behandelt und schließlich in 3 Monaten durch Quecksilbereinspritzungen geheilt wurde. **Klingmüller** (Breslau).

24) **Gaucher et Bernard.** Mélanodermie arsenicale.

(Soc. de dermatol. et de syphil. Séance du 15. April 1901.)

(Ann. de dermat. et de syph. 1901. Hft. 4.)

Verff. berichten über einen Kranken, bei dem nach dem täglichen, durch 3 Jahre fortgesetzten Gebrauch von 10—20 Tropfen Sol. Fowleri eine allgemeine Melanodermie auftrat, die am Nacken und Halse begann, sich über den ganzen Körper ausbreitete, besonders ausgeprägt war an allen Druck und Scheuerung ausgesetzten Stellen. Die durch Kleidung bedeckten Körpertheile waren intensiver befallen, die Schleimhäute frei. Aussetzen des Mittels und örtliche Behandlung besserten den Zustand nicht. **Klingmüller** (Breslau).

25) **E. Stadelmann.** Über Auftreten von abnormen Pigmentirungen und Veränderungen der Haare nach Arsenikgebrauch.

(Deutsche Ärztezeitung 1901. No. 17.)

Die seltenen Beobachtungen von Melanose nach Arsenikgebrauch werden um einen Fall vermehrt. Ein Skorbutkranker erhielt zur Bekämpfung der Anämie durch etwas mehr als 2 Monate Liq. arsen. Fowleri in geringer Dosis. Die Pigmentirung begann im Gesichte, befiel dann die Schulter-, Lenden-, Kreuzbein- und Unterbauchgegenden, die Penishaut und den Hodensack. Die Haare wurden lanugoähnlich, trocken und fielen leicht aus. 14 Tage nach dem Aussetzen des Arsens begannen sich die Pigmentirungen wieder zurückzubilden und verschwanden nach wenigen Wochen völlig. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

26) **Widal et Le Sourd.** Zona métamérique du membre inferieur etc.

(Soc. méd. des hôpitaux 1901. Juli 23.)

Verff. berichten über einen Fall von Herpes zoster des rechten Oberschenkels, bei welchem sich in dem durch Spinalpunktion entleerten Liquor cerebrospinalis Lymphocyten fanden. Hiernach musste als Ursache des Herpes zoster eine Markaffektion mit Entzündung der Pia angenommen werden. Der Liquor erwies sich bei der bakteriologischen Untersuchung als steril. Epidurale Cocaininjektionen (nach Sicard) setzten regelmäßig die Schmerzen herab und machten keine Nebenerscheinungen. **Mohr** (Bielefeld).

27) **Veillon et Hallé.** Gangrène disséminée de la peau chez les enfants.

(Ann. de dermatol. et de syphil. 1901. Hft. 5.)

Bei einem 18 Monate alten, kräftigen Kinde entwickelte sich im Anschluss an Rötheln eine disseminirte Gangrän der Haut mit Impetigo und Ekthyma. Die Gangränstellen fanden sich an Hals und Nacken, waren rundlich oder oval, wie mit Locheisen ausgeschlagen und drangen bis auf die Muskeln. Das Kind starb nach 12 Tagen. Die Sektion ergab in einer Lungenspitze einen kleinen tuberkulösen Herd.

Die histologische Untersuchung zeigte, dass erst in den tieferen Schichten der Cutis stärkere Veränderungen vorhanden waren, und bestätigte den bakteriologischen Befund vom Vorhandensein eines Stäbchens in den gangränösen Stellen. Dieses Stäbchen wurde von dem Verf. schon früher in ähnlichen Affektionen gefunden und ist ein anaërober, dem Diphtheriebacillus ähnlicher Mikroorganismus, der für Thiere pathogen ist und bei subkutaner Einverleibung Abscesse mit gangränösem Aussehen hervorruft. Sie nennen ihn Bacillus ramosus. Neben diesem fanden sich Staphylo- und Streptokokken. **Klingmüller** (Breslau).

28) **Hallopeau et Fouquet.** Sur un nouveau cas de naevi fibromateux (maladie de Recklinghausen).

(Soc. de dermatol. et de syphil. Séance du 6. Juni 1901.)

(Ann. de dermat. et de syphil. 1901. Hft. 6.)

Der vorliegende Fall bietet neben dem typischen Symptomenkomplex der Neurofibromatosis Recklinghausen: weichen, vielfachen, subkutanen Geschwülsten mit Knochenveränderungen und milchkaffeefarbenen Pigmentirungen, folgende Besonderheiten. Einzelne subkutane Geschwülste sind sehr groß; ferner ist die Konsistenz einzelner so weich, dass man an Angiome denken könnte. Das Gesicht ist frei von Pigmentationen; Naevi pilosi existiren nicht; die Geschwülste sind nicht lokalisirt an den Nervenstämmen. **Klingmüller** (Breslau).

29) **A. A. Glebowski.** Zur Frage vom Einflusse koncentrirten Lichtes des Voltabogens nach N. Finsen auf den Lupus.

Diss., St. Petersburg, 1901. (Russisch.)

22 Beobachtungen, makro- und mikroskopisch untersucht, zeigten, dass die Heilung durch Entzündung und nachfolgende Vernarbung verursacht wird. Kos-

metisch sind die Resultate besser als bei jeder anderen Methode; das Finsensche Verfahren ist verhältnismäßig schmerzlos, nicht ermüdend und ungefährlich, dafür aber theuer und langdauernd. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

30) v. **Heinleth.** Über maligne Geschwülste der Tonsillen.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 35 u. 36.)

Der alles Wichtigere über das klinische Bild und die operative Behandlung der bösartigen Mandelgeschwülste zusammenfassenden Abhandlung liegt ein vom Verf. 2mal operirter Fall von Lymphosarkom der rechten Mandel mit Metastasen in den Unterkieferdrüsen zu Grunde. Während die erste Operation nach Kieferresektion — nach der von Krönlein modificirten v. Langenbeck'schen Methode — extrabuccal und ohne vorgängige Tracheotomie ausgeführt wurde, beseitigte v. H. das rasch eingetretene Recidiv — nach Unterbindung der Carotis ext. — mittels Thermokauters vom Munde aus. Pat. ist seitdem — seit 23 Monaten vollständig gesund und frei von funktionellen Störungen beim Sprechen, Schlucken und Öffnen der Kiefer. **Kramer** (Glogau).

31) E. **Lewenstern.** Ein Fall von traumatischem Aneurysma der A. carotis int.

(Gaz. lekarska 1901. No. 26.)

Ein 29jähriger Mann erhielt einen Stich in die rechte Schläfengegend. Die gewaltige Blutung wurde durch Druck gestillt. Am folgenden Tage stellten sich Schlingbeschwerden, so wie eine Schwellung am Kieferwinkel ein, welche an den folgenden Tagen wesentlich wuchs. Heiserkeit gesellte sich hinzu. Die 14 Tage nach dem Unfalle vorgenommene Untersuchung ergab in der Gegend zwischen rechtem aufsteigendem Kieferast, Zungenbein und Warzenfortsatz eine deutlich pulsirende Geschwulst, unterhalb des Jochbogens eine kleine horizontale Narbe. Die Augenlider rechts schließen nicht vollständig in Folge Facialisparese. Die Zungenspitze weicht nach rechts ab. Der rechte vordere Gaumenbogen ist nach vorn gedrängt, die Mandel, stark geröthet, ragt stark gegen die Medianlinie vor. Deutliche Pulsation der Mandel fühlbar. Lähmung des rechten Stimmbandes. Hochgradige Dysphagie, heftige Schmerzen namentlich um den Kieferwinkel herum. Bei Druck auf die Carotis comm. hört die Pulsation sowohl der äußeren Geschwulst wie an der Mandel auf.

Nach der von Ciechomski ausgeführten Unterbindung der Carotis comm. verschwanden alle Symptome in überraschend kurzer Zeit; am längsten hielt die Parese des Facialis an.

Als sich Pat. nach 3 Jahren zufällig im Spitale vorstellte, erinnerten nur noch die vom Unfalle herrührende und die Operationsnarbe an das frühere Leiden.

Trzebicky (Krakau).

32) K. **Dohrn.** Ein Fall von traumatischer, intraperitonealer Blasenruptur. Laparotomie. Heilung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 406.)

Der Fall wurde von v. Eiselsberg in der Königsberger Klinik operirt und betrifft einen 41jährigen Mann, der von einem Lastwagen über den Bauch gefahren war. Wegen starker Leibschmerzen, Retention von Stuhl und Urin Überführung in die Klinik, wo Pat. nach 5stündiger Eisenbahnfahrt und 46 Stunden nach dem Unfall anlangt. Der Katheter entleert nur 150 ccm trüben, flüssigen Urin, und da im Bauch freie Flüssigkeit nachweisbar ist, wird ein intraperitonealer Riss diagnosticirt. Bei der 48 Stunden nach dem Unfall vorgenommenen Operation wird erst ein das Bauchfell noch schonender Schnitt wie zur Sectio alta vorgenommen, bei welchem wohl Blutergüsse, aber kein extraperitonealer Blasenriss gefunden wird. Desshalb Eröffnung der Bauchhöhle, in der reichlich urinöse Flüssigkeit vorhanden. Entleerung derselben durch Umkanten des Pat. auf die Seiten und Austupfen. Bauchfell überall leicht injicirt, doch ohne Beschläge. Am

Blasengrund ein 4 cm langer, fast querer Riss mit unregelmäßigen Rändern. 2etagige Naht desselben, Bauchdeckennaht, Nachbehandlung mit Dauer-Nélaton. Glatte Heilung.

Bemerkenswerth ist, dass die Ruptur die Blase traf, als diese der Anamnese zufolge nur ganz wenig gefüllt war, ferner, dass die Operation noch Erfolg hatte, obwohl sie erst relativ spät ausgeführt werden konnte.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

33) **C. L. Scudder.** Double ureter of the right kidney; one ureter ending blindly; acute symptoms; operation; death; autopsy.

(Amer. journ. of the med. sciences 1901. Juli.)

Die Hauptpunkte des interessanten Falles, der durch eine Abbildung des anatomischen Präparates illustrirt ist, sind in der Überschrift angedeutet. Es handelte sich um ein Mädchen von 20 Monaten, das plötzlich unter Leibschmerzen, Fieber und allgemeinen schweren Symptomen erkrankte. Bald ließ sich in der rechten Bauchseite eine wurstförmige, weich-elastische Geschwulst tasten.

Am 3. Tage wurde ohne bestimmte Diagnose der Leib geöffnet, die Organe der Bauchhöhle gesund, die Geschwulst retroperitoneal im Zusammenhange mit der rechten Niere gefunden. Der Zustand des Kindes verbot einen weiteren Eingriff, dasselbe starb am Operationstage. Bei der Obduktion erweist sich die Geschwulst als ein enorm ausgedehnter, an der weitesten Stelle 11 cm im Durchmesser haltender, vielfach gewundener, im kleinen Becken blind endigender Harnleiter; er gehört zum oberen Pol der Niere, wo er aus einem besonderen Becken entspringt, während der 2., in die Blase mündende Harnleiter mit seinem Becken den unteren $^2/_3$ der Niere entspricht. Das Parenchym des oberen Drittels erscheint grau und fibrös entartet.

S. konnte nur noch 8 ähnliche Fälle in der Litteratur finden, deren Krankengeschichten er in Kürze wiedergiebt. **R. v. Hippel** (Kassel).

34) **P. Rosenstein.** Ein Fall von Implantation der Urethra ins Rectum.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 359.)

Der Fall betrifft einen mit Epispadie und Urininkontinenz behafteten Knaben, welcher nach bereits vergeblicher operativer Vorbehandlung auswärts in Königsberg von v. Eiselsberg operirt wurde. Behufs Einpflanzung der Harnröhre wurde diese größtentheils stumpf frei gemacht bis gegen den Blasenhals. Dann Querschnitt am Damm, Freilegung der vorderen Mastdarmwand, Herunterholen der Harnröhre in die Dammwunde. Fensterung des Mastdarms dicht oberhalb des Sphinkters und Einnähen der Harnröhre in den Mastdarmfensterschlitz. Nachbehandlung mit Nélaton, der zum After herausgeleitet wurde. Es trat zwar Einheilung, aber nur vorübergehend ein funktioneller Erfolg ein, da die Harnröhrenmündung im Mastdarm sehr bald sich stark verengte, wodurch unerträgliche Tenesmen entstanden. Wiederholte Einkerbungen der Striktur so wie Sondendilatation derselben halfen nur vorübergehend, so dass 5 Monate nach der Verlagerung der Harnröhre zur Abstellung der Beschwerden dem Pat. eine Blasenschrägfistel nach Witzel angelegt werden musste. Durch diese war mittels Nélatonkatheter der Urin gut entleerbar, doch kam ein Theil des letzteren auch noch durch die Mastdarmfistel, wesshalb letztere einer mehrmaligen Thermokauterisation unterzogen wurde, wonach sie sich schloss. Den Misserfolg des Unternehmens führt R. wesentlich auf die Zerrung der verlagerten Harnröhre zurück; er meint, wenn man die Ampulle des Blasenhalses einnähen würde, und zwar etwas höher im Mastdarm, der Erfolg vielleicht besser sein könnte. Das Bedenken, dass durch dieses Verfahren auch die Entleerungswege für das Sperma gestört werden, schlägt er nicht hoch an, falls es gelingt, die Urininkontinenz zu beseitigen. Überdies käme es bei den derart missbildeten Individuen niemals oder nur unvollkommen zur Libido.

Harnleitereinpflanzungen in den Mastdarm wegen Blasenspalt hat v. Eiselsberg, wie wir im Eingang der Arbeit erfahren, 7 gemacht. 3 der Operirten starben an den Operationsfolgen. Bei den Genesenen wurde theils völlige, theils genügende Kontinenz erzielt. **Meinhard Sschmidt** (Cuxhaven).

35) **G. A. Peters.** **Transplantation of ureters into rectum by an extraperitoneal method for exstrophy of the bladder.**

(Brit. med. journ. 1901. Juni 22.)

Bei einem $2^1/_2$jährigen Knaben, welcher mit einer Ectopia vesicae behaftet geboren war, und bei welchem sich ein schwerer Mastdarmvorfall entwickelt hatte, führte P. zur Beseitigung des letzteren folgende Operation aus:

Von einem 5 cm langen Schnitte in der Mittellinie oberhalb der Nabelöffnung wurde der Mastdarm hoch gezogen und seine Lichtung durch eine Faltenbildung an der vorderen Wand verengert. Die Falte wurde dann an der vorderen Bauchwand fixirt, indem das eine Fadenende der gelegten Nähte durch Bauchfell und Fascie geführt und die Fäden nochmals geknotet wurden. Diese Fixation wurde möglichst hoch oben und möglichst nach außen nach der Crista ilei zu bewerkstelligt.

$2^1/_2$ Jahre später wurden die Harnleiter in den Mastdarm eingepflanzt. Nach gründlichster Desinfektion und Auswaschung des Mastdarmes wurde der Sphinkter gedehnt und ein Schwamm in den Mastdarm eingelegt. Sodann wurde je ein weicher Katheter in die beiden Harnleiter eingeführt und durch eine Naht fixirt. — Die Harnleitermündungen wurden umschnitten, so dass dieselben noch von einem Kranze von Blasenschleimhaut umgeben blieben. Nach Durchtrennung der Blasenwand wurden dann die Harnleiter stumpf aus ihrer Umgebung ausgelöst, was sich ohne Verletzung des Bauchfelles bewerkstelligen ließ. Durch Eingehen mit dem Finger in den Mastdarm wurden die Punkte bestimmt, an welchen die Harnleiter einzupflanzen waren. Betreffs der Lage derselben wurde als erforderlich angesehen, 1) dass die Implantationsstellen höher als der Sphincter internus, und 2) an der äußeren Mastdarmwand gelegen waren, um eine Knickung der Harnleiter zu verhüten. Mittels einer Zange wurden dann die betreffenden Stellen der Mastdarmwand in die Wunde der Blasenwandung vorgedrängt und durchschnitten. Durch Öffnen der Zange wurde die Wunde im Mastdarme beiderseits so erweitert, bis der Katheter und der Harnleiter durchgezogen werden konnte. Nähte Behufs Fixation der Harnleitermündung wurden nicht angelegt. Die Katheter blieben in den Harnleitern liegen, sie gingen nach etwa 60 Stunden von selbst ab.

Die Blasenschleimhaut selbst wurde vollständig exstirpirt. Von irgend einer Plastik wurde Abstand genommen. Die Wundfläche überhäutete sich in relativ kurzer Zeit unter Hinterlassung einer verhältnismäßig kleinen Narbe. $1^1/_2$ Jahre später war der Knabe bei bestem Wohlbefinden. Die Mündungen der Harnleiter waren im Mastdarme als prominente Papillen zu fühlen. Die Zeit zwischen den Entleerungen betrug durchschnittlich 2—3 Stunden. **Weiss** (Düsseldorf).

36) **Dessirier** et **Legrand.** Curieux exemple de lithiase rénale latente. Mort rapide. — Autopsie ayant révélé l'existence de plus de 500 calculs.

(Méd. moderne 1901. No. 29.)

Junger Soldat, Trinker, früher niemals krank, abgesehen von gelegentlichen lumbagoartigen Schmerzen in den Nierengegenden, aber frei von Nierenkoliken und Hämaturie.

Klagt über allgemeine Schwäche und etwas Kopfweh. Kein Fieber, keine nachweisbaren Organerkrankungen; im Urin nur Spuren von Eiweiß. Geringe Krümmung der Lendenwirbelsäule.

Bald wird der Puls schneller und kleiner. Die Schmerzen in der Nierengegend verstärken sich, der spärliche Urin enthält Eiweiß, kein Blut. Allgemeine Schwäche, Ödem der Knöchelgegenden.

5. März 1901 kommt er unter der Diagnose akute Nephritis in die Behandlung der Verff. Lebhafte Lendenschmerzen und Stirnkopfweh, Stupor, Temperatur 36°, allgemeines Frostgefühl, Nebelsehen, schmerzhafte Krämpfe in den Beinen, geringe Athemnoth, einzelne Rasselgeräusche, Puls schwach, 90. Urin dick, trüb, 500 g in 24 Stunden, enthält Albumen.

6. März Mittags 1/22 Uhr plötzlicher Tod.

Obduktion ergiebt in der Hauptsache Folgendes: Beide Nieren zeigen das Bild der hochgradigen interstitiellen Nephritis, und zwar ist die rechte eine richtige Schrumpfniere, nur 1/3 so groß als eine normale, die linke dagegen vergrößert, hydronephrotisch und mit cystischen Hohlräumen durchsetzt. Beide sind vollgepfropft von Oxalsäuresteinen, deren Größe zwischen der von Hirsekörnern und großen Nüssen schwankt. Dieselben füllen nicht nur Becken und Kelche aus, sondern sitzen überall im Nierenparenchym fest. Harnleiter und Blase sind frei.

Beide Herzventrikel dilatirt, Herzmuskel atrophisch. Übrige Organe ohne wesentliche Veränderungen.

Die Verff. führen die Latenz des Steinleidens darauf zurück, dass der Eingang zum Harnleiter beiderseits durch einen großen, das ganze Nierenbecken ausfüllenden Stein blockirt war. **R. v. Hippel** (Kassel).

37) C. Beck. Contribution to the surgery of multilocular renal cyst.

(Annals of surgery 1901. Februar.)

B. berichtet über die operative Behandlung cystischer Nierendegeneration bei einer 55jährigen Frau, die bereits 2 Schwestern an der nämlichen Erkrankung verloren hatte. Die als Cystenniere angesprochene Geschwulst reichte in der linken Bauchhöhle vom Rippenbogen bis zum Darmbeinkamme, war höckrig und beweglich. Als Operationsmethode wurde der transperitoneale Weg gewählt, um auch die rechte Niere tasten zu können. Diese war mäßig vergrößert und nur an ihrem unteren Pole cystisch entartet. Die linke Niere wurde ganz exstirpirt. Sie wog 3 Pfund (engl.), die Größe der Cysten war eine verschiedene; der Durchmesser der größten betrug 3 Zoll (engl.). Nach 8tägigem Wohlbefinden trat Urämie ein, und Pat. starb am 11. Tage an interstitieller Nephritis. B. bezweifelt nach dieser Erfahrung den Nutzen der Exstirpation cystisch degenerirter Nieren, selbst wenn die andere Niere normal erscheint. Ein besseres Resultat verspricht er sich von einer Punktion der kleineren Cysten mit nachfolgender Injektion einer gesättigten Jodoform-Ätherlösung; größere Cysten seien einzeln zu exstirpiren.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

38) A. Jenckel. Beitrag zur Kenntnis der sog. embryonalen Drüsengeschwülste der Niere.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 500.)

J. beschreibt zunächst genau anatomisch und histologisch eine durch Prof. Braun operativ von einer 43jährigen Frau gewonnene Nierengeschwulst, die binnen 8 Jahren zu monströser Größe herangewachsen war (Gewicht 14 1/2 Pfund). Das Stroma dieser Geschwulst bestand außer aus hochentwickeltem, kernarmem Bindegewebe aus myxomatösem, sehr zellreichem, jugendlichem Gewebe, glatter Muskulatur, so wie Fettgewebe, elastischen Fasern und drüsigen Elementen, welche theils als kleine, büschelförmig verzweigte Hohlräume, theils als große, cystische Gebilde vorhanden sind mit den Übergangsformen vom einfachen kubischen Epithel bis zum hohen Cylinderepithel. Sie stellt also eine richtige Mischgeschwulst dar. J. erörtert genau die interessante, aber schwierige Frage der entwicklungsgeschichtlichen Herkunft dieser Geschwülste, wobei er die einschlägigen neueren Arbeiten von Muus, Busse, Wilms etc. heranzieht. Er entscheidet sich für die Annahme, dass hier aus einem auf seiner embryonalen Form stehen gebliebenen Theil der Fötalniere die Geschwulstbildung hervorgegangen sei, da die histologischen Bestandtheile der Geschwulst keine anderen seien, als solche, die auch im fötalen Urnierengewebe im 1. und 2. Entwicklungsmonat zu finden sind. Mit Wilms



eine Keimversprengung zur Erklärung des Geschwulstbaues anzunehmen, sei nicht nöthig. In dieser Auffassung wird J. bestärkt durch den Befund an 2 Fällen von Nierenmissbildung. Die eine derselben, bei Obduktion eines 50jährigen Mannes gefunden, stellt ein ganz rudimentäres, kaum kirschgroßes Nierensurrogat dar, offenbar eine unentwickelt gebliebene Embryonalniere. In derselben fanden sich histologisch ganz ähnliche, epithelial ausgekleidete Drüsen und cystische Hohlräume wie in der beschriebenen großen Geschwulst. Die andere Missbildung betrifft eine hypoplastische Niere, deren Stroma eine schön geformte große Hornkugel, also ektodermales Gewebe aufwies. Hiernach scheinen auch ektodermale Bestandtheile durch Störungen in dem späteren Stadium der Entwicklung als Produkte der Nierenkeimanlage selbst erklärbar.

Der erst beschriebene Fall ist übrigens dadurch bemerkenswerth, dass er 1) ein älteres Individuum betraf und 2) anatomisch wie klinisch sich als gutartig erwies. Die Frau ist jahrelang nach der Operation gesund geblieben.

Meinhardt Schmidt (Cuxhaven).

39) A. Gessner. Über Mischgeschwülste des Hodens.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 86.)

G. hat aus dem Materiale des Berliner Friedrichshain-Krankenhauses 8 Hodengeschwülste näher untersucht, worunter sich 4 teratoide bezw. embryoide Mischgeschwülste fanden. Der histologische Befund bei den letzteren wird genau beschrieben und durchgesprochen. In dem Referate für unser Blatt kann bei dem rein pathologisch-theoretischen Interesse des Gegenstandes nur kurz hierauf eingegangen werden. Fall 1—3 sind einander ziemlich ähnlich. In allen hat sich die Geschwulst innerhalb des Hodens entwickelt. Sie ist in kleine Läppchen getheilt, welche durch langfaserige, bindegewebige Scheidewände abgegrenzt sind. In diesen Läppchen sind stets Produkte aller 3 Keimblätter zusammen zu finden: Epidermiszapfen, glatte Muskulatur, Cysten mit Schleimepithel, vielfach Knorpel etc. Auch Ganglienzellen sind nachweisbar. Im Ganzen entsprechen diese Geschwülste der von Wilms aufgestellten »embryoiden« Hodengeschwulst. Das Verhalten des histologischen Baues in Fall 4 ist andersartig. Elemente des Ektoderms sind in ihm nicht nachweisbar, und hält G. denselben für ein Analogon der von v. Recklinghausen auf Reste des Wolff'schen Körpers zurückgeführten Adenomyome und Cystadenome des Uterus und der Tubenwandungen. — Der Arbeit sind 12 histologische Präparatabbildungen und ein Litteraturverzeichnis von 31 Nummern beigefügt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

40) Thibierge. Note sur une variété d'ulcération chronique du visage, observée au cours du tabes dorsal.

(Ann. de dermatol. et de syphil. 1901. Hft. 6.)

Bei einem 65 Jahre alten Pat. entwickelte sich 20 Jahre vor sicheren tabischen Symptomen eine Ulceration aus einem kleinen Knötchen an der linken Seite der Spina nasalis. Sie breitete sich allmählich aus auf die linke Oberlippe, den linken Nasenflügel und das Naseninnere links. Das Geschwür war flach, sein Grund eben, secernirte nur etwas Flüssigkeit; die Umgebung zeigte keine Reaktion. Die linke Gesichtshälfte zeigte völlige Aufhebung der Schmerzempfindung. Das Geschwür selbst hatte nie Schmerzen verursacht. Unter den übrigen tabischen Symptomen ist bemerkenswerth, dass sämmtliche Zähne ohne Veränderung de- Zähne selbst und ohne Schmerzen ausgefallen waren. Eine ähnliche Beobachtung von Tabes mit vorausgehender Ulceration im Gesicht ist nach T. bereits von Girandeau veröffentlicht worden.

Klingmüller (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 50. Sonnabend, den 14. December. 1901.

Zur Technik der Kraniotomie.

Von

Dr. **J. Schoemaker** in Nimwegen.

Wenn man nach der Wagner'schen Methode den Schädel öffnen will, dann kann man dafür verschiedene Wege einschlagen. Einer davon ist der, dass man mit den Fraisen von Doyen 4 Bohrlöcher anlegt und dann mit der Gigli'schen Drahtsäge oder der Dahlgren-schen Zange (Centralblatt für Chirurgie 1896 p. 217) 3 Seiten des Rechteckes umschneidet.

Dieses Vorgehen wird man wählen, wenn man keinen Elektromotor oder andere Maschine zur Verfügung hat und man kommt damit leicht und ungefährlich an sein Ziel — aber diese Methode ist doch immerhin so unbequem, dass man sich gern die Kosten der Anschaffung einer Einrichtung gestatten würde womit man eine Kreissäge oder viel lieber noch die ingeniös erdachte Sudeck'sche Fraise treiben könnte.

Aber so oft kommt man doch im Allgemeinen nicht zum Trepaniren, dass es der Mühe lohnen würde, und zweitens streitet unser chirurgisches Gefühl dagegen, dass wir eine so dünne Knochen-

spange wie der Schädel ist, nicht einmal mit eigener Händekraft durchschneiden können — und so bleiben denn viele Chirurgen der Säge oder Zange getreu.

Wie gesagt, die Methode hat aber ihre Schattenseiten. Die Drahtsäge muss erst durchgeführt werden, was immer mehr oder weniger Mühe erheischt, die Dura muss geschützt werden, und das Durchsägen erfordert noch eine gehörige Anzahl Hin- und Herziehungen bis der Schnitt fertig ist. — Die Dahlgren'sche Zange dagegen kneipt jedes Mal nur ein sehr kleines Stück Knochen aus dem Schädel, muss also sehr oft wieder eingeführt werden, was um so schwieriger wird, je länger die schon gemachte Furche ist.

Diese Unbequemlichkeiten können aber vermieden werden, wenn man den durchzuführenden Duraschützer zu gleicher Zeit den Knochen durchschneiden lässt, oder wenn man bei der Zange das Princip der schiefen Ebene anbringt.

Dazu braucht man ein Metallstück, welches mit seinem geknöpften unteren Ende die Dura bei Seite schiebt, mit der vorderen Kante schief gestellt ist und in horizontaler Richtung vorwärts bewegt wird.

Kann man das erreichen, dann wird der Knochen, der sich vor dem Metallstück befindet, gegen diese schiefe Ebene nach oben gleiten, also aus seiner Umgebung ausgehoben werden, und es entsteht ein Spalt, der der Breite des Metallstückes entspricht.

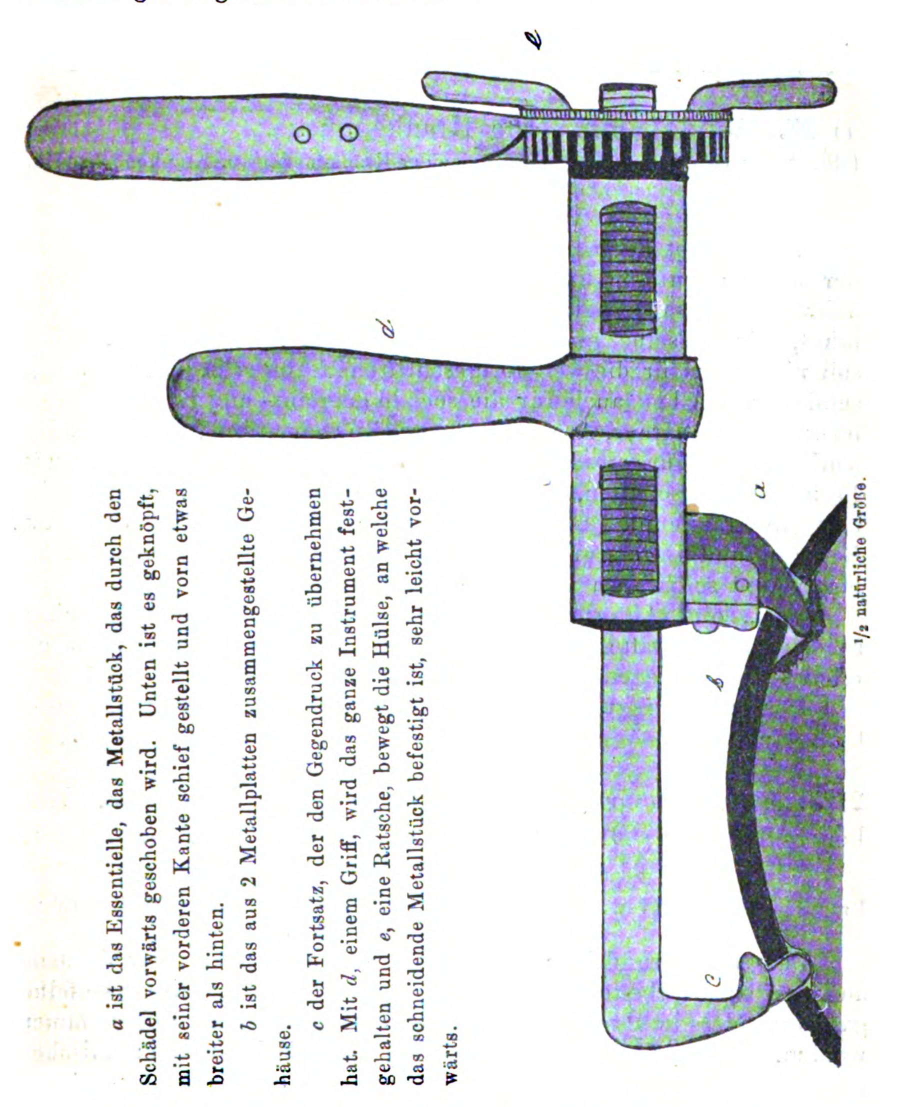
Es versteht sich von selbst, dass dieses Stück kein eigentliches Messer sein darf, auch nicht scharf schneidend, also vorn dünn ausgeschliffen und hinten breiter gemacht werden darf; denn so ein Instrument kann nur da angewandt werden, wo die durchzuschneidende Masse zusammendrückbar ist oder seitlich ausweichen kann. — Ist das nicht der Fall, dann muss die Masse zersprengen, oder das Messer arbeitet sich unverrückbar fest. In dieser Lage befinden wir uns gerade mit dem Schädel.

Das Metallstück darf also nicht scharf, im Gegentheil, es muss vorn etwas breiter sein als hinten; nur so macht es mit seiner Vorderkante eine Furche, breit genug, um den Rest folgen zu lassen.

Wie gesagt, diese schiefe Ebene muss nun horizontal vorwärts geschoben werden. Die dazu erforderliche Kraft kann leicht gefunden werden in einem Schraubenapparat; als Stützpunkt, um den Gegendruck zu tragen, kann ein zweites Bohrloch in den Schädel gemacht werden, und die Einrichtung, welche dafür sorgt, dass das Messer (sic venia verbo) gerade vorwärts gehen muss, nicht nach innen laufen kann, findet man in ein paar Metallplatten, die neben dem Metallstück angebracht sind.

Diese Platten gleiten dann über die Schädeloberfläche und müssen daher von unten glatt, an ihrer inneren Kante aber scharf sein, um den Knochenspan abzuschneiden. Zusammen können sie ein Gehäuse bilden, das den Knochenspan aufnimmt, umbiegt und als eine Spirale nach außen treten lässt.

Wenn man allen diesen Bedingungen Rechnung trägt, dann kann man sich ein Instrument konstruiren, das so ungefähr wie das in der Figur abgebildete aussieht[1].



a ist das Essentielle, das Metallstück, das durch den Schädel vorwärts geschoben wird. Unten ist es geknöpft, mit seiner vorderen Kante schief gestellt und vorn etwas breiter als hinten.

b ist das aus 2 Metallplatten zusammengestellte Gehäuse.

c der Fortsatz, der den Gegendruck zu übernehmen hat. Mit *d*, einem Griff, wird das ganze Instrument festgehalten und *e*, eine Ratsche, bewegt die Hülse, an welche das schneidende Metallstück befestigt ist, sehr leicht vorwärts.

Viel Kraft braucht man nicht dazu, wenn man nur ein wenig Vaseline an die Schraubenspindel schmiert, sonst wird diese durch die Reibung zu heiß und schwillt. Das Instrument arbeitet ziemlich rasch; wenn man sich nicht zu sehr beeilt, kann man in $1^1/_2$ Minute einen Spalt von 10 cm schneiden.

---

[1] Es ist vorläufig zu bekommen bei G. Römer in Nimwegen zum Preise von 100 *M*.

Die Technik ist sehr einfach. Man setzt den Fortsatz in das eine Loch, das Messer in das andere und bewegt die Ratsche hin und her. Ist das Ende erreicht dann findet das Messer seinen Platz in einem Schlitz des Fortsatzes und das Instrument wird herausgenommen.

---

1) **M. Mendelsohn.** Die Krankenpflege.

(Monatsschrift für die gesammten Zweige der Krankenpflege u. Krankenbehandlung in Wissenschaft und Praxis.)

Berlin, **G. Reimer,** 1901.

Das Gebiet der medicinischen Krankenpflege — abgesehen von der medikamentösen und operativen Therapie — hat in den letzten Jahren einen so gewaltigen Umfang angenommen, dass es sich wohl lohnt, für dasselbe eine besondere Zeitschrift zu gründen. Diese soll nicht nur für die weit fortgeschrittene technische Krankenpflege, sondern vor Allem auch für die sociale (Vereins- und Kriegskrankenpflege, Rothes Kreuz, Armeekrankenwesen, Samariter-, Frauenvereine, Vorkehrungen für erste Hilfe und Rettungswesen, Hauspflegerverbände, Berufsgenossenschaften, Invaliditätsversicherung etc. etc.) und die berufliche Krankenpflege ein Centralorgan werden, das Originalaufsätze, Berichte und Litteraturbesprechungen aus dem bezeichneten Gebiet bringt und solche, wo nöthig, mit Illustrationen versieht.

Verf., eine Autorität auf dem Gebiet, hat sich die Mitarbeiterschaft erster Kräfte gesichert, so dass das vorliegende Heft ein reiches und gediegenes Material bringt.

Der Preis der gut ausgestatteten Zeitschrift beträgt pro Semester 6 *M*. **Richter** (Breslau).

---

2) **J. Henles.** Grundriss der Anatomie des Menschen. Neu bearbeitet von Dr. Fr. Merkel, Prof. der Anatomie in Göttingen. 4. Auflage.

Braunschweig, **Fr. Vieweg & Sohn,** 1901. Mit zahlreichen, zum Theil farbigen Abbildungen und einem Atlas.

Dass H.'s Grundriss der Anatomie in völlig neuer, der Jetztzeit angepasster Bearbeitung herausgegeben worden ist, wird zweifellos ganz besonders im Kreise der Ärzte mit großem Interesse aufgenommen werden. Haben doch Viele von diesen seiner Zeit ihre anatomischen Studien an der Hand H.'scher Bücher, sei es des großen Handbuches, sei es des Grundrisses, getrieben. H.'s Schwiegersohn, Fr. Merkel, dem wir auch die Biographie des großen Meisters der Anatomie verdanken, war wohl wie kein Zweiter dazu berufen, den Grundriss im Sinne und Geiste seines ersten Verf. neu erstehen zu lassen, so umgearbeitet und vermehrt, dass er nun in jeder Hinsicht auf dem Standpunkt der modernen Anatomie steht.

Von den 2 stattlichen Bänden enthält der eine den Text, der andere bildet den dazu gehörigen Atlas; eine Anzahl, zum Theil

farbiger Holzschnitte sind dem Textband selbst eingefügt. Im Text, der etwa auf das Doppelte des früheren Umfanges vermehrt worden ist und zum großen Theil eine völlige Neuschöpfung darstellt, muss wohl die außerordentliche Fülle des Thatsachenmaterials und die Vielheit der Gesichtspunkte, die jetzt darin zur Geltung gebracht wird, zuerst auffallen. Die Neubearbeitung hat ein Lehrbuch geschaffen, das dem Studirenden wie dem Arzt in gleicher Weise entgegenkommt und es meisterhaft verstanden hat, den Bedürfnissen Beider gerecht zu werden. Dass der menschliche Organismus nicht ein Gegebenes, Fertiges ist und nicht isolirt dasteht, sondern im Zusammenhang sich befindet mit der ganzen Organismenwelt, darauf machen kurze Einleitungen zu den einzelnen Kapiteln und eingestreute Bemerkungen aufmerksam, die in knapper aber klarer Form auf die Beziehungen der menschlichen Zustände zu denen bei den Thieren hinweisen und zugleich die allgemeinen entwicklungsgeschichtlichen Verhältnisse erörtern. Bei aller Kürze enthalten sie eine Menge von Thatsachen, die auch Dem, der die Anatomie nur als Dienerin der Heilkunde achtet, manche für sein allgemein biologisches Denken nicht unwesentliche Gesichtspunkte eröffnen werden. Die Durchführung der einzelnen Kapitel ist eine eminent praktische und weist überall auf Zweck und Werth der anatomischen Einrichtungen hin. Die Beschreibung der Formen ist kurz und anschaulich und sofort mit dem Hinweis auf die Bedeutung der Einzelheiten verbunden. Wo in der Osteologie ein Knochenfortsatz erwähnt ist, da steht auch sofort dabei, wozu er da ist; bei den Muskeln findet sich die hauptsächlichste Funktion und die motorische Innervation gleich mit angegeben. Die Eingeweidelehre giebt neben der makroskopischen Form und der Topographie die Schilderung des mikroskopischen Baues der Organe im Zusammenhang mit seiner funktionellen Bedeutung. Dieses Kapitel hat eine weitgehende Neugestaltung erfahren, eben so wie, begreiflicherweise, die Lehre vom Nervensystem und den Sinnesorganen. Hier waren ja ganz besonders zahlreiche neue Thatsachen aufzunehmen, die Histologie, die Leitungsbahnen, die funktionellen Verhältnisse betreffend. Die übersichtliche klare Form der Darstellung kommt gerade diesen schweren Kapiteln besonders zu Gute. Im Übrigen wird hier selbst der Nervenspecialist auf die meisten Fragen Auskunft erhalten. Auch das Gefäßsystem hat vielfache Veränderungen erfahren.

Überall ist aber nicht nur der ausgebildete anatomische Idealmensch geschildert, sondern auch die specielle Entwicklungsgeschichte, ja sogar Altersunterschiede und die häufigsten Varietäten sind eingehend berücksichtigt, eine Zugabe, für die Theoretiker wie Praktiker gleich dankbar sein werden. Diese große Fülle von Stoff auf den relativ mäßigen Raum von noch nicht 800 Seiten unterzubringen, war nur möglich durch die umsichtige Disposition des Ganzen und durch die genau durchdachte koncentrirte Schreibweise, durch die alles Überflüssige bei Seite lassende Darstellungsform, die dabei,

durchaus unzweideutig, zwar Mitdenken, aber doch niemals Räthsellösen vom Leser erfordert.

Einem rein praktischen Gesichtspunkt dient das große Synonymenverzeichnis am Schluss des Textes. Es ist ein besonderes Geschenk für die Praktiker, die sich durch die — in dem Buche natürlich überall durchgeführte — neue Nomenklatur noch nicht so leicht zurechtfinden. Ein solches Verzeichnis war geradezu ein Bedürfnis. Dass auch noch eine kurze Anleitung für die Präparirbodenthätigkeit angefügt ist, kommt wohl zunächst für die Studenten in Frage, wird aber gelegentlich auch dem Arzte vielleicht nützlich sein.

Auch der zu dem Grundriss gehörige Atlas hat eine bedeutende Umgestaltung erfahren und ist ebenfalls zum Theil ein ganz neues Werk geworden. Die Zahl der Figuren ist beträchtlich vermehrt worden, viele alte Figuren wurden durch neue ersetzt, und Besitzer der 1. oder 2. Auflage des Atlas werden es angenehm empfinden, dass auch, wo alte wohlbekannte Figuren ihnen wieder entgegentreten, durch die veränderte Art der Bezeichnung das rasche Verständnis und die Übersichtlichkeit außerordentlich gefördert sind. (Diese Änderung war schon in der 3., auch schon von Merkel besorgten, aber viel weniger veränderten Auflage eingeführt.) Die Bezeichnungen sind überhaupt so viel als möglich ausgeschrieben, so dass die beim Studium zeitraubende Zahlen- und Buchstabenerklärung ganz eingeschränkt, vielfach völlig in Wegfall gekommen ist. Der Atlas enthält Alles, was im Text zur Sprache kommt, also nicht nur Abbildungen zur makroskopischen, systematischen Anatomie, sondern auch zahlreiche mikroskopische Bilder, in denen selbst feine histologische Verhältnisse klar zur Anschauung gebracht werden, Figuren zur Entwicklungsgeschichte (Epiphysen, Knochenkerne), Durchschnitte, Schemata, ja zum Schlusse sogar noch eine Anzahl Tafeln für die topographische Präparation der Nerven und Gefäße. Die technische Ausführung der Bilder ist ganz vortrefflich, und Mancher z. B., der auf den alten H.'schen Muskelabbildungen zu sehr die Striche und zu wenig die Gesammtform und Plastik erkennen mochte, wird erfreut sein über die prächtige Wirkung, die gerade diese Bilder in ihrer jetzigen sinnreichen Reproduktionsmanier machen. Wir haben in den letzten Jahren in den Atlanten von Toldt und Spalteholz zweifellos prächtige Tafelwerke erhalten; was neben diesen dem Merkel-Henle'schen Atlas ganz besonders zu Gute kommen wird, ist, dass hier Text und bildliche Darstellung in einander gearbeitet sind: der Text des Grundrisses verweist fortwährend auf die Figuren des Atlas, und wörtliche und bildliche Darstellung ergänzen sich gegenseitig aufs Vortrefflichste.

Schließlich muss auch der Verlagsbuchhandlung mit uneingeschränkter Anerkennung gedacht werden: die Ausstattung ist eine ganz vorzügliche, und dabei der Preis ein außerordentlich niedriger; denn Textband (mit dem ausführlichen alphabetischen Register: 802 S.) und Atlas (498 S. mit zum größten Theil farbigen Abbildungen) kosten

zusammen broschirt nur 28 *M*, in den beiden vornehmen Originalbänden gebunden nur 32 *M*.

Der Merkel-Henle'sche Grundriss ist ein anatomisches Lehrbuch ersten Ranges. Und wenn nicht Alles täuscht, so wird es für lange Zeit eine dominirende Stellung unter den anatomischen Lehrbüchern gewinnen, zum Nutzen Derer, die es gebrauchen und zur Ehre seiner Verfasser. **E. Gaupp** (Freiburg i/B.).

3) **L. Ewer.** Der Bau des menschlichen Körpers.

Berlin, **Fischer (Kornfeld),** 1901. 44 S. 21 Abb.

4) Derselbe. Kursus der Massage. 2. Auflage.

Berlin, **Fischer (Kornfeld),** 1901. 183 S., 78 Abb.

Sein im Jahre 1892 in 1. Auflage erschienenes Werk hat Verf. sehr zum Vortheil desselben in 2 von einander unabhängigen Theilen herausgegeben. Der 1. Theil behandelt den Bau des menschlichen Körpers und ist nur für Laien berechnet. Wesentliche Änderungen hat dieser Abschnitt nicht erfahren.

Zwar lässt auch der »Kursus der Massage« an verschiedenen Stellen, wie bei der Besprechung der Technik der Massage und bei Erörterungen allgemeiner Natur, noch erkennen, dass das Buch ursprünglich als Leitfaden für den Unterricht von Laien, denen Verf. keineswegs eine selbständige und weitgehende Ausübung der Massage zugestehen will, bestimmt war. Vielfach ist vor Übertreibung in der Anwendung der Massage und in der Auffassung ihrer Wirkung gewarnt. Im Übrigen geht die Darstellung weit über das Verständnis von Laien hinaus. Die Wichtigkeit der Diagnose ist überall respektirt, und specielle Fragen werden unter Zuhilfenahme der Litteratur abgehandelt.

Das Buch kann desshalb auch Medicinern, welche eine elementare Behandlung des Gegenstandes wünschen, empfohlen werden.

J. Riedinger (Würzburg).

5) **Oberst.** Die Frakturen und Luxationen der Finger und des Carpus, die Frakturen des Metacarpus und der Vorderarmknochen.

Hamburg, **Gräfe & Sillem,** 1901. Mit 192 Röntgenbildern auf 22 Taf. 36 S.

Die regelmäßige Benutzung der Skiaskopie einerseits, der reiche Zugang Verletzter in den Krankenhäusern für Unfallverletzte andererseits hat es in den letzten Jahren möglich und zu einer Pflicht der Ärzte gemacht, die Lehre von den Knochenbrüchen und Verrenkungen einer genauen Durchprüfung am Lebenden zu unterwerfen, und dabei ist man in Folge des neuen Untersuchungsverfahrens zu Resultaten gelangt, die recht häufig von unseren bisherigen Annahmen abweichen. Es ist daher ein sehr dankenswerthes Unternehmen, wenn die Erfolge solcher Untersuchungen veröffentlicht und durch zahlreiche trefflich wiedergegebene Skiagramme erläutert werden, wie es in



dem vorliegenden Werk — dem ersten Theil eines größeren in Aussicht gestellten Werkes über Knochenbrüche und Verrenkungen — durch O. geschieht, dem es vergönnt war, in 6 Jahren 1750 Fälle von Frakturen zu beobachten und durch Röntgenstrahlen zu fixiren.

In seinem Vorwort weist Verf. darauf hin, in welcher Beziehung unsere Anschauungen über Knochenbrüche im Allgemeinen durch das neue Untersuchungsverfahren erweitert worden sind, dass so manche Bruchformen, auch einfache Fissuren, doch viel häufiger vorkommen, als man bisher angenommen, dass leider aber wirklich ideale Heilungen ohne Verschiebung der Fragmente bei irgend wie schweren Knochenbrüchen kaum beobachtet werden, namentlich Dislokationen ad latus und ad longitudinem sich ohne blutigen Eingriff oft gar nicht beseitigen lassen.

Aus dem Werke selbst, in dem Verf. stets neben seinen Specialerfahrungen die in der Litteratur älterer und neuerer Zeit niedergelegten zum Vergleich heranzieht, möchte ich nur Einiges hervorheben, im Übrigen die Leser auf das Studium des Originals hinweisen. In einer ganzen Anzahl von Fällen kamen Brüche der Gelenkenden der Fingerphalangen zur Beobachtung, von denen bisher in der Litteratur kaum etwas bekannt war; sie sind funktionell gefährlich, führen häufig zu dauernden Störungen, selbst völligen Ankylosen. Weit häufiger, als nach früheren Angaben zu erwarten gewesen wäre, kamen auch Brüche der Metakarpalknochen zur Beobachtung, 6mal solche der Karpalknochen, letztere meist neben Knochenverletzungen am Radius. — 13,4% aller beobachteten Knochenbrüche (im Ganzen 255) betrafen die typische Radiusfraktur, bei deren Zustandekommen gleichzeitig Stoß-, Gegenstoß- und Risswirkung sich kombiniren. Nicht ganz selten verlief dabei die Bruchlinie an der Beugeseite in der Epiphysenlinie, von der sie sich aber früher oder später nach hinten und oben abzweigte. In etwa $^1/_3$ aller Fälle handelte es sich um mehrfache Frakturen, sehr oft um Einkeilungen. Andererseits ließen sich auch einfache Fissuren des unteren Radiusendes nachweisen. Mindestens 80% aller Fälle der Colles'schen Fraktur endlich sind mit einem Abriss des Proc. styl. radii komplicirt. — Isolirte Brüche der Radiusdiaphyse, meist direkt entstanden, kamen 28mal zur Beobachtung; auch hier war 16mal der Griffelfortsatz der Ulna gleichzeitig gebrochen. Am oberen Ende des Radius ließ sich eine Fraktur 5mal durch Röntgenstrahlen nachweisen, von denen auch eine den Radiushals betraf. — Nur 7mal kamen isolirte Brüche des Ulnakörpers zur Behandlung, außerdem noch 4, bei welchen die äußere Gewalt gleichzeitig eine Verrenkung des Radiusköpfchens veranlasst hatte.

Bei den Frakturen des Olecranon macht Verf. auf die Möglichkeit einer falschen Deutung des Skiagramms aufmerksam, wenn der Untersucher nicht ganz bewandert in der Eigenthümlichkeit der Knochenkernbildungen an dieser Stelle ist. Um keinen Fehlschluss zu unterliegen, sollte jedenfalls bei jugendlichen Individuen der Arzt

stets eine Kontrolluntersuchung am zweiten Ellbogen vornehmen. Die Ursache des Bruches ist meist eine direkte — Fall und Stoß —; forcirte Wirkung des Triceps reißt nur ein kleines Stück Knochenoberfläche ab. — Ein Bruch des Proc. coronoides ulnae kam nicht zur Beobachtung, dagegen waren 92mal gleichzeitig beide Vorderarmknochen gebrochen.

Arbeitet Verf. — wie in Aussicht gestellt ist — die Knochenbrüche und Verrenkungen des ihm zu Gebote stehenden immer reicher anwachsenden Materials in gleicher Weise weiter durch, so erhalten wir aus seiner Feder einen höchst werthvollen Zuwachs auf dem betreffenden Gebiet und dazu einen Atlas mit vorzüglichen Bildern. **Richter** (Breslau).

---

6) **Hellendall.** Über die chirurgische Bedeutung des in der lateralen Ursprungssehne des Musculus gastrocnemius vorkommenden Sesambeines.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 37.)

H. weist auf das Vorkommen eines Sesambeines in der Ursprungssehne des lateralen Kopfes des M. gastrocnemius, der sog. Favelle hin und erinnert an die diagnostischen Irrthümer, die daraus bei Röntgenaufnahmen entstehen können. Dasselbe sitzt nach Gruber immer, aber mittelbar, am überknorpelten Condylus extern. femoris, an dessen Hinterfläche an oder ganz nahe seiner am meisten nach rückwärts vorspringenden Partie, neben dem äußeren Rande oder einwärts davon, wo sich bald keine, bald eine Facette oder Grube dafür findet. Es ist gut, immer von beiden Kniegelenken eine Röntgenaufnahme zu machen, um Irrthümer zu vermeiden. Am deutlichsten sieht man es auf der Photographie, wenn der Pat. bei leicht gebeugtem Knie genau auf der Außenseite auflag.

Borchard (Posen).

---

7) **Bilhaut.** Métatarsalgie etc.

(Congrès de l'assoc. française pour l'avancement des sciences. Ajacio 1901. Sept.)

Zur Feststellung der therapeutischen Indikationen bei der Metatarsalgie ist die Röntgendurchleuchtung wichtig, da einerseits eine im Bilde erscheinende rareficirende Osteïtis auf den tuberkulösen Ursprung der Erkrankung hinweist, andererseits eine sklerosirende Osteïtis oder eine Exostose resp. ein Sesamoïd unterhalb des Köpfchens des 3. oder 4. Mittelfußknochens (wie in einem Falle des Verf.) so festgestellt werden kann. In Fällen mit sehr starken Beschwerden und nachgewiesener anatomischer Veränderung im Bereich eines Metatarsalköpfchens macht Verf. die Resektion desselben.

Mohr (Bielefeld).

---

8) 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Hamburg.

Sektion für Chirurgie.

(Schluss.)

Schultze (Duisburg): Ein Fall von Appendicitis im Bruchsack.

Der Proc. vermiformis findet sich bekanntermaßen sehr häufig als Inhalt einer Hernie. Die Entzündung des Processus, in Gestalt der typischen Appendicitis, hingegen gehört zu den selteneren pathologischen Befunden im Bruchsack. So sind denn auch die in der Litteratur niedergelegten Beobachtungen nicht sehr zahlreich. Brunner, Zuckerkandl, Gross und Fleisch aus der Krönlein'schen Klinik berichten über einige Fälle. Ich füge diesen noch eine Beobachtung hinzu.

Krankengeschichte:

Joh. B. — aufgenommen 18. Mai 1901, operirt 21. Mai, entlassen 15. Juni 1901 —, welcher früher stets gesund und niemals an Perityphlitis erkrankt war, hatte seit Jahren einen stets leicht reponiblen Leistenbruch. Vor 4 Tagen trat der Bruch nach Heben einer schweren Last aus.

Status praesens: Pat. klagt über stechende und ziehende Schmerzen im rechten Scrotum, welche nach der Inguinalgegend ausstrahlen. Übelkeit ist nicht vorhanden, Stuhl normal.

Das Scrotum ist stark geschwollen. Unter dem Einfluss der Bettruhe verkleinerte sich der Tumor, welcher greifbar, von Hühnereigröße, im Scrotum sich verschieben lässt. Es macht den Eindruck, als ob 2 Testikel etagenweise über einander gelagert sind, nur ist der obere dicker. Ein derber Strang lässt sich bis zur äußeren Bruchpforte verfolgen. Auf Druck äußert Pat. lebhafte Schmerzen. Puls normal; Temperatur 37,2 : 38,5.

Diagnose: Netzbruch.

Operation: Amputation des Proc. vermiformis, Entfernung des Bruchsackes, Tamponade.

Pathologischer Befund: Am Ende des Bruchsackes findet sich ein entzündlich infiltrirtes Lipom. Die Eröffnung des Sackes ergiebt einen 18 cm langen Proc. vermiformis, welcher an seinem Ende eine kleinhühnereigroße Geschwulst trägt. Die Eröffnung ergiebt schwielige entzündliche Massen, in deren Centrum ein Eiterherd, kommunicirend mit einer an der Spitze des Processus befindlichen Perforation; am Eingang des letzteren — in der Abscesshöhle — liegt ein pfennigstückgroßes Stück Eierschale. Das zum Processus zuständige Mesenterium ist etwas ödematös. Der Processus hat keinerlei Einklemmungserscheinungen aufzuweisen.

Verlauf reaktionslos. 15. Juni 1901 geheilt entlassen. Befund am 20. September 1901 glatte Narbe; Bruchband.

Fleisch (Dissertation 1895), welcher über 5 Fälle von Perityphlitis im Bruchsack aus der Krönlein'schen Klinik berichtet, giebt folgendes klinisches Bild: »Schmerzen sind mehr auf den ganzen Bauch ausgedehnt, strahlen oft in die unteren Extremitäten aus. Die Zeichen der Entzündung treten früher ein. Im Beginn ist die Reposition zuweilen möglich. Ferner zeigt die Perityphlitis im Bruchsack Fieber und schnellere, schwerere Allgemeinerscheinungen, während Erbrechen und Stuhlverhaltung oft fehlen können«.

Weder die Anamnese noch der Status praesens haben in unserem Falle irgend welche Anhaltspunkte für die Präcision der Diagnose gegeben. Die gelinden so wie schweren Erscheinungen decken sich mit den Symptomen des eingeklemmten Bruches, welcher ja immer wieder Überraschungen im Befund zu bringen pflegt. Auch das von Fleisch geschilderte klinische Bild giebt keine typischen Anhaltspunkte, es weicht in keiner Weise von dem vielseitigen Bild des eingeklemmten Bruches ab.

Eigenthümlich für unseren Fall war der fast isolirte, wenigstens abtastbare Tumor, welcher neben dem Hoden etagenförmig angeordnet war. Nach kurzer Bettruhe war eine Abschwellung und ein Abklingen der Symptome eingetreten.

Dass die Fälle nicht immer so günstig verlaufen, beweisen die Mittheilungen von Fleisch. Es gingen von 5 Pat. 3 zu Grunde. Sobald einfache, glatte Verhältnisse vorliegen mit dem typischen Bild der Appendicitis im Bruchsack, wie in unserem Falle, so dürfte sich die Prognose nicht ungünstig gestalten.

(Selbstbericht.)

Diskussion. Ringel (Hamburg) hat in letzter Zeit Gelegenheit gehabt, 2 Fälle von Perityplitis im Bruchsack zu behandeln. Im 1. Falle handelt es sich um einen gangränösen Wurmfortsatz, der nebst Blind- und Dünndarm im Bruchsack lag. Er wurde amputirt. Im 2. Falle hatte sieh durch Perforation des Wurmfortsatzes im Brucksack eine im Bruchsack isolirte eitrige Peritonitis gebildet. Die Bruchpforte war weit offen. **Bertelsmann** (Hamburg).

J. Riedinger (Würzburg): Über willkürliche Verrenkung des Oberarms.

Von willkürlicher Verrenkung des Oberarms sind nur wenige Fälle bekannt geworden. Fuhr sammelte die ersten Mittheilungen aus der Litteratur im Jahre 1892. Später wurde die Kasuistik nur unerheblich erweitert. R. stellt einen 12 Jahre alten Jungen vor, der es allmählich so weit brachte, den linken Oberarm nach hinten und unten willkürlich zu verrenken. Außerdem war er in der Lage, das sternale Ende der linken Clavicula nach vorn zu verrenken. Ein größeres Trauma oder eine Krankheit waren nicht vorausgegangen. Auch die Einrenkung erfolgte willkürlich. Im Anschluss an die Vorstellung des Pat. und die Demonstration eines Röntgenbildes erörtert R. den Mechanismus der Verrenkung und das Moment der kongenitalen Disposition, welches in der mangelhaften Ausbildung der Hemmungsvorrichtungen sowohl der knöchernen Konstituentien als der Kapsel und der Bänder des Gelenkes gegeben ist. Der Mechanismus scheint bei der ebenfalls sehr seltenen angeborenen Schulterverrenkung ein ähnlicher zu sein, wenn wir die Muskelwirkung ausschalten.

(Selbstbericht.)

Diskussion. Alsberg (Kassel) sah im vorigen Jahre zufällig einen Knaben etwa gleichen Alters, der dieselbe willkürliche Subluxation an beiden Schultergelenken zeigte. Die Affektion war bei dem im Übrigen völlig normalen Pat. chronisch seit dem 5. Lebensjahre ohne äußere Veranlassung aufgetreten. Sie beeinträchtigte die Leistungsfähigkeit der Arme in keiner Weise und gab in Folge dessen keine Veranlassung zu therapeutischem Eingreifen.

Bertelsmann (Hamburg).

Graff (Bonn): Über die Spontanluxationen im Hüftgelenk nach akuten Infektionskrankheiten und ihre Behandlung.

Der Mechanismus der Spontanluxationen ist bisher ziemlich unbekannt. Petit nahm einen akuten Hydarthros des Gelenkes an, der durch Erweiterung der Gelenkkapsel und Bänder den Gelenkkopf aus der Pfanne heraushob, Verneuil und Reclus glaubten, dass Muskelzug dabei noch eine gewisse Rolle spiele, und Hüter erklärte es durch eine Erweiterung der Pfanne durch einen eitrigen Erguss nach Art der Pfannenwanderung. An der Hand mehrerer Röntgenbilder von Spontanluxationen nach Typhus, puerperaler Sepsis und akuter Osteomyelitis weist G. nach, dass in allen Fällen das obere Pfannendach abgeflacht, zum Theil ganz verschwunden, dagegen von destruktiven Processen weder am Gelenkkopf noch an der Pfanne etwas zu sehen ist. G. glaubt daher auf Grund dieser Röntgenbilder und der anatomischen Befunde bei den blutig reponirten Hüftgelenksluxationen, dass der Erguss im Gelenk kein rein seröser, auch kein eitriger ist, sondern ein Mittelding zwischen beiden, ein serofibrinöser, dass es durch diesen außer der Kapselerweiterung zu einer entzündlichen Erweichung des oberen Pfannenrandes kommt, und durch Druck des Gelenkkopfes des in Flexion und Adduktion stehenden Oberschenkels auf den oberen hinteren Pfannenrand zu einem Druckschwund, zur Abflachung, so dass der Gelenkkopf oben keinen Halt mehr hat und langsam nach oben und hinten abgleitet. Die Behandlung besteht zunächst in unblutiger

Reposition, die in frischen Fällen meist leicht ist, aber auch häufig Neigung zur Reluxation hat in Folge des mangelnden, stützenden oberen Pfannendachs. In diesen Fällen, eben so wie in den veralteten bleibt als Idealoperation die blutige Reposition zurück, deren Resultate noch sehr verbesserungsfähig sind.

(Selbstbericht.)

Bardenheuer (Köln): Operative Behandlung der Ischias traumatica.

Durch die Operation der Resektion der tuberkulösen Synchondrosis sacroiliaca hat B. festgestellt, dass fungöse Granulationen oft im sacralen Theil des Gelenkes in die Foram. sacral. ant. hineinwuchern und als Ursache für die oft lange Zeit allen anderen Symptomen voraufgehende Ischias bestehen. Durch die Operation oder Resektion des ganzen Gelenkes ward stets die Ischias geheilt.

Letzteres legte B. den Gedanken nahe, dass vielleicht auch für manche andere Ischiasformen die örtliche anatomische Beschaffenheit der sacralen Nervenwurzeln eine besondere Empfänglichkeit für die Entgegennahme der schädlichen Noxen abgäbe; es gilt dies ganz besonders für die traumatischen Reize. In 5 Fällen von hartnäckiger Ischias, welche B. in den 3 letzten Jahren operirt hat, lag 4mal eine traumatische, 1mal eine Ischias ohne nachweisbare Ursache vor. Die Operation, welche in den 3 letzten Fällen sich auf die partielle Resektion des unteren Abschnittes der Synchondrosis beschränkte, in den 2 ersten Fällen allerdings in einer totalen Resektion bestand, heilte bei den 4 traumatischen Ischiasfällen stets die Kranken; alle anderen Behandlungsmethoden waren vergeblich versucht worden; die Nervendehnung wurde allerdings nicht versucht. Die Operation soll sich in Zukunft auf die Bloßlegung der ersten sacralen Wurzel und auf Entfernung des sacralen Kanales beschränken, weil hier die pathologischen Veränderungen: Verdickung des Periostes, Hyperämie der Nervenscheide, Verdickung des Nervens selbst etc. sich zeigten im Gegensatz zum 5., nicht traumatischen Falle, wo der Nerv glänzend weiß und eher atrophisch war; es bestand allerdings hier die Ischias $1^1/_2$ Jahre lang.

B. glaubt sich durch diesen anatomischen Befund zu der Annahme berechtigt, dass es sich um eine traumatische Ischias handelte. In 3 Fällen war ein akutes Trauma der Entwicklung der Ischias voraufgegangen, und gleichzeitig folgten traumatische Reize, welche durch die Beschäftigung gegeben waren; in einem Falle war der traumatische Reiz stetig, indess allein durch die Beschäftigung herbeigeführt.

An der Hand der mitgetheilten Fälle legte B. die traumatischen Ursachen klar. Die Empfänglichkeit des betreffenden Nervenabschnittes ist gegeben durch die innige Verbindung des Nerven mit dem Knochen seitens des Periostes, durch die Verwachsung der Dura mit der zur Nervenscheide verdichteten Pia mater. Bei Frakturen, bei Luxationen kann ein Druck seitens der Fragmente, seitens des Callus etc. auf den Nerven ausgeübt werden. Bei einer starken Erschütterung: Fall auf die Füße, aufs Gesäß etc., wird die Erschütterung direkt dem Nerven übermittelt; dasselbe gilt von den häufig wiederkehrenden Erschütterungen, z. B. durch Klopfen mit dem Hammer auf das zu bearbeitende Leder, welches dem Oberschenkel aufruht etc. Durch eine starke, das physiologische Maß überschreitende Streckung, Flexion, Rotation des Beines nach innen etc. wird eine Dehnung des Nerven und eine Zerrung desselben an der fixirten Stelle und ein traumatischer Reiz auf den Nerven im sacralen Kanale ausgeübt, welcher sich besonders geltend macht in den Fällen, wo ein akutes Trauma voraufgegangen ist, wenn die Verletzten sich nicht schonen können. Die stetig wiederkehrenden traumatischen Reize rufen eine Perineuritis hervor, die bei Schonung, Ruhe jedenfalls rascher verschwinden würde, die aber hier durch die stetige Wiederkehr des Reizes und durch die sekundäre Schwellung des Nerven zumal bei der relativen Enge des Kanales fixirt wird.

Die stetige Heilung durch die Operation dürfte daher wohl für sehr hartnäckige Fälle die Berechtigung derselben beweisen, zumal wenn nur die oberste sacrale Wurzel freigelegt und ihres knöchernen Kanals durch die Operation be-

raubt wird, da wir heute wissen, dass nur die oberste Wurzel die befallene ist. Diese Operation ist nicht größer und nicht gefährlicher als die jedenfalls auch noch berechtigte blutige Dehnung des Nerven; sie hat indess den Vortheil, uns Klarheit über den pathologischen Befund gegeben zu haben und greift das Leiden an der örtlich afficirten, erkrankten Stelle entsprechend der von uns angenommenen Ursache, durch Entfernung derselben, an. (Selbstbericht.)

Diskussion. König (Berlin) hebt die Erfolge der Nervendehnung bei Ischias, die aller anderen Behandlung trotzt, hervor. Die Operation sei ungefährlicher als die von Bardenheuer vorgeschlagene.

Schede (Bonn) stimmt dem bei unter Hinweis auf seine im Pentzold-Stintzing'schen Handbuch von ihm selbst veröffentlichte Statistik.

Bardenheuer hat die Nervendehnung nicht erwähnt, um sich kurz zu fassen. Er selbst habe diese häufig mit Erfolg ausgeführt; wo sie aber misslänge, solle man den Knochenkanal der obersten Sacralwurzel reseciren. Bei seinen 5 Fällen sei die Operation stets gelungen. Die Resektion der übrigen knöchernen Nervenkanäle werde zumeist nicht nöthig sein. **Bertelsmann** (Hamburg).

M. Reiner (Wien): Über die unblutige Behandlung des Genu valgum mittels Epiphyseolyse.

Das Décollement épiphysaire ist im Jahre 1874 von Délore in die Therapie des Genu valgum eingeführt worden, hat aber seine Anhänger zum größten Theil verloren, weil einerseits das Verfahren nicht die Mittel bot, die Epiphyse sicher und richtig abzulösen, und man andererseits, selbst wenn die Epiphyse auch abgetrennt wurde, darüber im Unklaren blieb, was nebenbei Alles »gebrochen und zerrissen« werden konnte. Die Methode verdiente eben ihren Namen nicht, und da die Schwierigkeiten überdies durch eine äußerst mangelhafte Indikationsstellung noch vermehrt wurden, gerieth das Verfahren gänzlich in Misskredit.

Nichtsdestoweniger erscheint der Gedanke, die Epiphysenlösung zur Korrektur des Genu valgum in Anwendung zu bringen, äußerst verlockend, weil mit der Korrektur an dieser Stelle gleichzeitig die Korrektur am Scheitelpunkte des Deformitätswinkels (central) ausgeführt werden könnte. Nur müsste ein Verfahren ausgebildet werden, welches die Möglichkeit gewähren würde, die Epiphyse mit Bestimmtheit zu trennen, und zugleich die Sicherheit böte, dass nicht gleichzeitig Nebenverletzungen erzeugt würden. Durch den Versuch an der Leiche und die Operation am Lebenden ist Redner zur Überzeugung gekommen, dass dieser Bedingung entsprochen werden kann. Es gelingt in der That unter bestimmten Voraussetzungen, die Lösung der Epiphyse isolirt, ohne schädliche Nebenverletzung hervorzubringen.

Das Verfahren eignet sich besonders für das Genu valgum adolescentium. Die Grenze nach oben dürfte in der Regel durch das vollendete 17.—18. Lebensjahr gezogen sein. Vor der Operation muss man sich durch das Röntgenbild über die Beschaffenheit der Fuge Aufschluss verschaffen. Für das rachitische Genu valgum der Kinder ist die Methode in der Regel weniger geeignet. Für diese Fälle, bis etwa zum 7.—8. Lebensjahre hinauf, bedient man sich mit größerem Vortheile des Osteoklastes (Knochentrennung am unteren Femurende oder intraartikuläres Redressement).

Der zum Zweck der Ausführung einer isolirten Epiphysenlösung gebaute Apparat gestattet die exakte Fixirung des Oberschenkels, wobei die distale Epiphysenfuge des Femur auf eine keilartig gestaltete, konkav gebogene Kante unverrückbar zu liegen kommt. Die im Sinne des Redressements wirkende Kraft wird durch den als Hebelarm dienenden Unterschenkel übertragen. Die Operation muss in tiefer Narkose, bei vollständig erschlaffter Muskulatur ausgeführt werden.

Innerhalb der angegebenen Altersgrenzen ist die operative, unblutige Epiphyseolyse ein vortreffliches Verfahren, welches, leicht und einfach ausführbar, ohne größeres Operationstrauma in kürzester Zeit zum Ziele führt und die Deformität möglichst central angreift. Die Heilung erfolgt rasch, weil, Dank der

schalenförmigen Formation der Fuge, kaum ein Klaffen der Trennungsflächen entsteht. Da die erzeugte Korrekturstellung in der Regel primär stabil ist, sind zur Erhaltung derselben im Verbande äußere Einwirkungen, welche Spannungen erzeugen und Elasticitäten wachrufen würden, nicht erforderlich.

Da die künstlich geschaffene Trennungsfläche vornehmlich innerhalb von Knorpelgewebe verläuft, ist die subkutane Blutung nach der Operation jedenfalls geringer als nach der Osteoklasie, und die Gefahr der Fettembolie auf ein Minimum reducirt. Unter Beobachtung der vorgeschriebenen Kautelen sind die intraartikulären Weichtheile vor Verletzungen geschützt, und desshalb kommt auch der N. peroneus nicht in Gefahr. Da an der Epiphysenfuge weder ein Substanzverlust noch eine Dislokation eintritt, ist auch die Befürchtung einer Wachsthumsverkürzung ausgeschlossen. Da endlich überdies keine langwierige Nachbehandlung nothwendig ist, und die Pat. in kürzester Zeit (nach wenigen Tagen) wieder gehfähig werden, so kann R. das Studium der Methode aufs wärmste empfehlen.

(Selbstbericht.)

Diskussion. Trendelenburg erkundigt sich, ob Vorredner beweisende Röntgenphotographien mitgebracht habe dafür, dass die Trennung auch wirklich in der Epiphysenlinie stattgefunden habe. Falls dies der Fall sei, glaubt er, müsse man eine Wachsthumsverkürzung befürchten.

Reiner erwidert auf die Frage des Vorsitzenden, dass die Gefahr einer Wachsthumsverkürzung ausgeschlossen ist. Eine große Reihe von Untersuchern (Salmon, Guéretin. Gurlt, Vogt u. A.) haben überzeugend und übereinstimmend nachgewiesen, dass eine Verkürzung niemals durch bloße Verletzung, sondern nur durch große Dislokation oder Entzündung im Anschluss an die Verletzung stattfinde. Da wir es im gegebenen Falle (bei der operativen subkutanen Epiphyseolyse im Gegensatz zur traumatischen, die vorzüglich von den Autoren studirt wurde), niemals mit Dislokation oder Entzündung zu thun haben ist die Befürchtung einer Verkürzung unbegründet.

Redner wird demnächst mit der ausführlichen Beschreibung der Methode eine größere Anzahl von Röntgenbildern publiciren.

Wolff (Berlin): Wenn es wirklich, wie Reiner meint, bei der Behandlung des Genu valgum wesentlich darauf ankäme, eine Epiphysenlösung zu erzeugen, so müsste von vorn herein auf den Versuch der unblutigen Heilung des Genu valgum bei ausgewachsenen Individuen, bei welchen die Epiphysenlinien verknöchert sind, Verzicht geleistet werden.

Nun kann aber, wie W. gezeigt und durch Abbildungen erläutert hat, das Genu valgum an Individuen in den 40er Jahren und darüber hinaus durch den Etappenverband und durch die bloße unblutige Herstellung der richtigen statischen Verhältnisse der gesammten Extremität zur vollkommenen Heilung gebracht werden.

Die Epiphysenlösung, welche Reiner anstrebt, ist, wenn sie wirklich eintritt, ein sehr unliebsames und namentlich bezüglich der späteren Wachsthumsverhältnisse sehr störendes Ereignis, und unsere Bemühungen müssen vielmehr dahin gerichtet sein, dies Ereignis zu verhüten, nicht aber dahin, es herbeizuführen.

Reiner entgegnet, dass 5—6 Wochen nach der Vornahme der subkutanen, unblutigen Epiphyseolyse die Heilung der Verletzung und demnach des Genu valgum vollendet sei, während die Methode mittels des Etappenverbandes eine selbst mehrjährige Nachbehandlung erfordere, und dass die Epiphyseolyse demnach einen ganz wesentlichen Vortheil für den Pat. bedeute.

Bertelsmann (Hamburg).

Vulpius (Heidelberg): Zur Behandlung der Kontrakturen und Ankylosen des Kniegelenks.

Die häufigste Ursache der Kontrakturen und Ankylosen des Kniegelenks ist die tuberkulöse Entzündung. Nur mit den Folgen der Letzteren beschäftigen sich die folgenden Erörterungen. Es kann bestehen entweder eine reine Kontraktur,

welche weitere Beugung gestattet, die völlige Streckung verhindert, oder eine fibröse resp. eine gemischte fibrös-ossäre Ankylose.

Aufgabe der Therapie ist eine völlige, dauernde und gefahrlose Beseitigung der Deformität.

Die Lösung der Aufgabe mittels des modellirenden Redressements wurde von Lorenz empfohlen, welcher als Princip die absolute Schonung des Skeletts auf Kosten der Weichtheile aufstellte, aber auf Widerspruch auf chirurgischer Seite stieß.

Die Streckung mittels des Lorenz'schen Verfahrens ist wohl möglich, aber sie birgt die Gefahr der Überdehnung resp. Zerreißung von Gefäßen und Nerven, der Aufreißung abgekapselter tuberkulöser Herde, der Fettembolie, der Verschiebung der Tibia. Ein bewegliches Gelenk wird nur in den seltensten Fällen erzielt, es bleibt eine erhebliche Neigung zum Recidiv.

Einzelne dieser Nachtheile des unblutigen Redressements wurden durch die instrumentelle Technik von Lorenz vermindert, andere vermieden durch die langsame Streckung im portativen Apparat. Doch ist letztere Behandlung in schweren Fällen nicht aussichtsreich und bei der großen Zahl poliklinischer Fälle undurchführbar.

Von den blutigen Methoden ist die Flexorentenotomie die naheliegendste. Sie wird am besten offen ausgeführt; plastische Sehnenverlängerung ist nicht nöthig.

Die neuerdings empfohlene Sehnenüberpflanzung ist noch nicht genügend erprobt, um ihren Werth beurtheilen zu können.

Der Osteoklase ist die lineäre Osteotomie vorzuziehen, weil die Quetschung der Weichtheile eine geringere ist. Beide ersetzen die ursprüngliche Deformität durch eine neue, die winklige Abknickung an der Bruchstelle.

Die keilförmige Osteotomie schützt Gefäß und Nerv nicht so sicher gegen die Überdehnung wie die typische resp. die Helferich'sche bogenförmige Resektion. Freilich muss dieselbe möglichst sparsam ausgeführt werden, um die Verkürzung auf ein Mindestmaß zu beschränken. Die Eliminirung des Gelenkes hat wenig zu bedeuten, da auf eine funktionelle Restitution desselben in hochgradigen Fällen doch nicht zu rechnen ist.

Die großen Vorzüge der Resektion sind: Erzielung einer vollkommenen Streckung ohne Gefährdung von Gefäß und Nerv, Erzeugung einer ossären Ankylose, welche eine gute Garantie gegen das Recidiv darstellt, Beseitigung abgeschlossener tuberkulöser Herde, welche stets eine verborgene Gefahr für den Träger darstellen.

Auf Grund der kritischen Vergleichung der Methoden und auf Grund seiner eigenen Beobachtungen und Erfahrungen erscheint dem Vortr. folgende Auswahl unter den Verfahren je nach der Sachlage die empfehlenswertheste:

1) Bei reiner Kontraktur geringen Grades, jungen Datums, ohne Gelenkveränderung Tenotomie der Flexoren und Redressement oder, falls ein Eingriff verweigert wird, Apparatbehandlung.

2) Bei reiner, geringer Kontraktur alten Datums suprakondyläre Osteotomie.

3) Bei Kontraktur über 135° und bei jeder Ankylose sparsame Resektion.

(Selbstbericht.)

Diskussion. Lorenz (Wien) erwidert, dass es verschiedene Wege gebe, dasselbe Ziel zu erreichen; er sei kein absoluter Gegner des blutigen Verfahrens, aber die ungünstigen äußeren Verhältnisse, unter welchen er im Allgem. Krankenhaus in Wien arbeite, nöthigen ihn zur Wahl der unblutigen Methoden. Wären diese wirklich so gefährlich, als Herr Vulpius schildert, so wäre L. der unglücklichste Mann. Nun aber übe er sein Verfahren seit vielen Jahren, ohne irgend einen Unfall. Recidive seien bei jedem Verfahren möglich, aber die Recidive nach dem blutigen Verfahren seien für den Kranken verhängnisvoll. Es liegt keine Gefahr in der Weichtheilsdehnung, selbst wenn die Streckung in derselben Sitzung bis zur Überkorrektur getrieben wird. Eine Gefahr liegt nur in der sofortigen Fixirung des erreichten Resultates, weil die Nerven wohl eine kurze,



nicht aber eine dauerhafte Überdehnung vertragen. Es sei desshalb eine Art sekundäres Redressement zu empfehlen, in dem zuerst eine mäßige und erst später die volle Korrektur fixirt wird. Auf diese Weise werde die Peroneusparalyse sicher vermieden. Nur die flächenhafte knöcherne Ankylose erfordere unbedingt den blutigen Eingriff. **Bertelsmann** (Hamburg).

Albers-Schönberg: Über die Verwendung des elektrolytischen Unterbrechers im Röntgeninstrumentarium.

Die Hoffnungen, welche man auf die Verwendung des elektrolytischen Unterbrechers gesetzt hatte, haben in der ersten Zeit nach seiner Einführung zu einer Enttäuschung geführt. Man war nicht im Stande, die inneren Energiemengen, welche er zur Verfügung stellte, zu reguliren und verdarb i. F. d. die Röhren in kürzester Frist. Die große Einfachheit und die Leistungsfähigkeit dieses Unterbrechers waren indessen so in die Augen springend, dass man unermüdlich an der Verbesserung und Nutzbarmachung des Wehnelt für die allgemeine Röntgenpraxis gearbeitet hat. Man hat diese Aufgabe von verschiedenen Gesichtspunkten aus in Angriff genommen. Zunächst nahm man die durch den Wehnelt erzeugten Induktionsfunken, deren Länge man wohl reguliren, deren Qualität man dagegen nur sehr unvollkommen beeinflussen konnte, als etwas Gegebenes und konstruirte Röhren mit verstärkter Antikathode und Wasserkühlröhren. Da indessen der hohe Preis und die relativ schnelle Abnutzung der allgemeinen Einführung dieser Röhren entgegenstanden, änderte man nach zahlreichen Versuchen die primären Rollen und Vorschaltwiderstände und kam so allmählich zu den Instrumentarien, welche mit variabler Selbstinduktion ausgerüstet sind und bei herabgesetzter Spannung arbeiten.

Die Vorzüge, welche derartig verbesserte Apparate bieten, beruhen im Wesentlichen in folgenden Punkten:

Der Unterbrecher kann in einem abgelegenen Raum aufgestellt werden, in Folge dessen man im Untersuchungszimmer völlig geräuschlos arbeitet. Der Unterbrecher bedarf keiner Reinigung und keiner Reparatur. Er kann jahrelang arbeiten ohne irgend welchen nennenswerthen Schaden zu nehmen. Die Regulirbarkeit des ganzen Instrumentariums ist eine so exakte, dass man ohne Weiteres mit demselben Apparat die größten und härtesten, so wie die kleinsten und weichsten Röhren betreiben kann, denselben also sowohl zu diagnostischen Untersuchungen als auch zu therapeutischen Zwecken benutzen kann. Jede Röhre kann ihrem Vacuum entsprechend individualisirend belastet werden. Eine Abkürzung der Expositionszeit ermöglicht das Instrumentarium nicht. Die Expositionszeit ist vorwiegend eine Röhrenfrage. Die großen Induktoren arbeiten mit dieser neuen Schaltung, welche nach ihrem Erfinder den Namen Wallerschaltung trägt, besser als die kleinen. Vortr. empfiehlt im Allgemeinen lieber große als kleine Induktoren zu benutzen, da erstere nach seinen Versuchen wesentlich leistungsfähiger sind. (Selbstbericht.)

R. Kienböck (Wien) lenkt die Aufmerksamkeit auf die Möglichkeit, den Verlauf der Knochenresorption radiographisch zu studiren, was von diagnostischer Bedeutung für die Erweichung des Knochens bei eitriger Entzündung, Tuberkulose, Syphilis, Sarkom, Carcinom und »akuter Atrophie« des Knochens ist (Sudeck's akute entzündliche Atrophie, früher genannt Inaktivitätsatrophie), welche häufig bei Arthritiden, Phlegmonen und Frakturen eintritt. Das Symptom besteht in einer verschwommenen Aufhellung der Schattenzeichnung des Knochens auf der Röntgenplatte und wäre durch Porose oder Halisterese der Knochenbälkchen zu erklären. (Selbstbericht.)

Diskussion. Sudeck (Hamburg): Die akute Knochenatrophie tritt, wie Redner vor 2 Jahren beschrieben hat, außer bei entzündlichen Veränderungen der Gelenke und Knochen auch oft im Gefolge von Frakturen auf. Dies ist klinisch von Wichtigkeit, weil bei ausgesprochener Knochenatrophie stets erhebliche Funktionsstörungen vorliegen. **Bertelsmann** (Hamburg).

Silber (Breslau) zeigt ein beleuchtetes Stereoskop, an welchem eine Lichtquelle angebracht ist, in Gestalt einer gewöhnlichen Kerze. Man wird hierdurch von der sonstigen Beleuchtung unabhängig, was namentlich bei Demonstrationen werthvoll ist. **Bertelsmann** (Hamburg).

K. Schuchardt (Stettin): Über Operationstische im Allgemeinen nebst Demonstration eines neuen Tisches.

S. ist von der Verwendung von »Universaltischen« abgekommen, weil für die überwiegende Mehrzahl der chirurgischen Operationen nur eine ganz einfache horizontale Lagerung nothwendig ist und komplicirte Vorrichtungen hierbei nur im Wege sind. »Specialoperationstische« werden nur für den besonderen Fall in Gebrauch gezogen. Die einfache Beckenhochlagerung bei gerade gestellten Hüftgelenken, namentlich zur gynäkologischen Laparotomie, erreicht S. in einfachster Weise durch einen Veit-Schröder'schen Untersuchungsstuhl, bei dem die Sitzplatte sich um einen gemeinsamen Drehpunkt in die Höhe, die Rückenplatte nach abwärts bewegen lässt. Die Pat. wird in den Beinhaltern an den gebeugten Beinen befestigt, und ihr Oberkörper und Kopf hängt, lediglich durch eine glatte, um 45° geneigte Fläche unterstützt, frei nach abwärts.

Die komplicirten Tische von Lennander und Doyen haben den Fehler, dass sie nur für eine einzige mittlere Körpergröße passen. S. hat desshalb nach dem Princip des Trendelenburg'schen Stuhles einen Tisch konstruirt, der eine für sämmtliche Körpergrößen Erwachsener ausreichende Verschiebung innerhalb der Unterstützungsfläche ermöglicht. Er demonstrirt die Vortheile des Tisches insbesondere für die verschiedenen Modifikationen der Beckenhochlagerung, für sacrale Eingriffe und für Hals- und Kopfoperationen.

Eine genauere Beschreibung und Abbildung des Tisches wird in den Beiträgen zur klinischen Chirurgie erfolgen. Die Ausführung habe Herr Instrumentenmacher Albert Stille in Stockholm übernommen. (Selbstbericht.)

Fuhr (Niederzwehren): Automatische Wundhaken und Klemmen, als Ersatz von Assistenz bei Operationen.

Durch den Zug von in ihrer Schwere regulirbaren Gewichten, welche mittels Ketten in eigens dafür konstruirte Wundhakenansätze, Klemmen und Schieber eingehängt werden und die Wundränder und tieferen Theile einer Operationswunde aus einander ziehen, kann bei einfacheren Operationen jede Assistenz an der Wunde, bei vielen größeren chirurgischen und gynäkologischen Operationen ein Theil der Assistenz erspart werden. Der Zug kann nicht nur senkrecht zur Längsachse des Operationstisches und des zu Operirenden ausgeübt werden, indem die Gewichte zu beiden Seiten des Operationstisches herunterhängen, sondern in jeder anderen gewünschten Richtung. Man braucht nämlich nur in der Richtung, in welcher der Zug wirken soll, eine Klemme an der Haut, einem Operationstuch etc. zu befestigen und durch ihre Öse die Kette zu leiten. Das Gewicht lässt man dann seitlich am Tisch herunterhängen, und der Zug erfolgt in der durch die Klemme bedingten Richtung. Das Instrumentarium, welches durch Kochen sterilisirt werden kann, ist hauptsächlich bestimmt für die praktischen Ärzte auf dem Land, für Schiffs- und Kolonialärzte. Mit Vortheil zu verwenden ist es aber bei fast allen Operationen, zumal auch im Krieg. (Selbstbericht.)

Lindemann (Berlin) demonstrirt seine elektrisch erwärmten Kompressen, welche aus Widerstandsdrähten bestehen, die mit Asbest umgeben sind und zur Erwärmung an eine elektrische Leitung, bezw. Glühlampe nach Abschrauben der Glasbirne angeschlossen werden.

Die Vorzüge der Elektrothermkompressen gewöhnlichen heißen Umschlägen gegenüber bestehen in der absolut sauberen, einfachen Handhabung und Anwendungsweise, der weichen, biegsamen Beschaffenheit derselben, besonders aber der Möglichkeit, mit ihr die Wärme beliebig lange Zeit konstant halten, reguliren und dem Körper allmählich ansteigend zuführen zu können. Der Stromverbrauch beträgt nur 1 ₰ pro Stunde.

Die Kompressen sind, seitdem sie von L. zuerst im Hamburger Ärzteverein vor einigen Jahren demonstrirt wurden, vielfach in Krankenhäusern, speciell im Eppendorfer Krankenhaus zu Hamburg benutzt, und hat L. sie therapeutisch mit Erfolg verwandt gegen Neuralgien, speciell Gastralgien, metritische Gelenkaffektionen — hier neben der lokalen Heißluftbehandlung in L.'s Elektrothermapparaten.

Für Gelenkaffektionen wird eine halbkuglig gewölbte Form der Kompressen angewandt, sonst die gewöhnliche, flache, viereckige, welche L. zum Schluss in Form einer großen Elektrothermschwitzbettunterlage demonstrirt, die, in ihrer Wärme regulirbar, sich besonders auch eignen dürfte als Unterlage auf dem Operationstisch, um den Kranken während der Operation die nöthige Wärme zuzuführen, so wie nach der Operation im Bett zur Vermeidung des Choks. Natürlich muss dies Schwitzbett — wie überhaupt die Kompressen — während des Gebrauchs mit einem wasserdickten Stoff bedeckt werden, wozu sich ein wärmebeständiger Gummistoff »Durit« am besten eignet.

Die Elektrothermapparate werden gefertigt von der Deutschen Thermophor-Gesellschaft in Berlin. (Selbstbericht.)

Broesicke (Berlin) hat 2 Modellserien hergestellt, von denen die eine sämmtliche Gelenke und Bänder, die andere sämmtliche Schleimscheiden und wichtigere Schleimbeutel des menschlichen Körpers veranschaulicht.

Demonstration. **Bertelsmann** (Hamburg).

9) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins[1].

Sitzung am 8. Juli 1901 im Krankenhause Moabit.
Vorsitzender: Herr Sonnenburg.

1) Herr Sonnenburg: Zum Andenken an Carl Langenbuch.

Die freie Vereinigung hat in Carl Langenbuch einen ihrer Vorsitzenden und Schriftführer verloren. Noch vor wenigen Monaten präsidirte er der Sitzung und machte Mittheilungen über die Behandlung diffuser Peritonitiden. Und nun musste er selber dieser tückischen Krankheit erliegen, die sich im Anschluss an eine Perityphlitis entwickelt hatte. S. schilderte Langenbuch's Verdienste um die Wissenschaft, pries seine glückliche Vielseitigkeit, die ihn über das gewöhnliche Niveau emporhob. Dem Lazarus-Krankenhause stand er dreißig Jahre vor. Langenbuch gehörte zu den Chirurgen, die Ideen hatten. Tief bedauern und beklagen Alle den Tod des lieben Freundes und Kollegen.

2) Herr H. Oppenheim a. G. und Herr Sonnenburg: Ein Fall von Rückenmarkstumor.

O. berichtet über einen Fall von Rückenmarkstumor, in welchem er die Diagnose so genau zu stellen im Stande war, dass die Geschwulst (von Haselnussgröße) von Herrn S. genau an der angegebenen Stelle operirt werden konnte. Nach Eintreten einer wesentlichen Besserung allerdings erfolgte am 12. Tage der Exitus an Meningitis.

Herr Sonnenburg dankt Herrn O. für die Liebenswürdigkeit, in so exakter Weise Ätiologie und Diagnose des Falles besprochen zu haben.

Den ungünstigen Ausgang glaubt S. dem Umstand zuschreiben zu müssen, dass er die temporäre Resektion (nach Urban) der im vorliegenden Falle sehr tief in den Weichtheilen liegenden 5., 6. und 7. Wirbel vornahm. Die Operation gehört zu den technisch schwierigsten; die temporär resecirten Knochenstücke waren aber für die Heilung ungemein hinderlich. Sie legten sich nicht an, wirkten wie Fremdkörper.

Ungünstig wurde ferner der Verlauf beeinflusst durch die nach derartigen Operationen eintretende kolossale Sekretion von Liquor cerebrospinalis und die Schwierigkeit richtigen Anlegens von Verbänden bei dem total gelähmten Pat.

[1] Manuskript verspätet eingegangen. Red.



S. glaubt, vielleicht sei es besser, von einer temporären Resektion abzusehen und dann den ersten Verband so lange als möglich liegen zu lassen, den nachfließenden Liquor cerebrospinalis aber durch weiter aufgelegte Verbandstoffe aufzufangen.

Diskussion: Herr Israel glaubt auch, dass er die glückliche Heilung eines Pat. der Vermeidung der temporären Resektion zu verdanken habe — bei einer totalen Lähmung beider Beine, von Blase und Mastdarm, nach Fraktur der Rückenwirbel. Trotz Auftretens meningitischer Erscheinungen trat Genesung ein.

Er hält es für rationell, sobald Fieber auftritt, von dem sonst durchaus richtigen Princip des Dauerverbandes abzugehen.

3) Herr Sonnenburg: Appendicitis und Trauma vom gerichtsärztlichen Standpunkt.

S. leugnet die Möglichkeit einer traumatischen Appendicitis, wenn nicht bereits vorher, ehe das Trauma einwirkte, Erkrankungen an der Appendix vorlagen und begründet seine Ansicht ausführlich.

(Der Vortrag ist in der Deutschen medicinischen Wochenschrift 1901 No. 38 abgedruckt.)

Diskussion: Herr v. Bergmann ist derselben Ansicht und hält eine traumatische Appendicitis für ausgeschlossen, wenn der Wurmfortsatz vor Eintreten des Traumas nicht schon erkrankt war.

Herr Schuchhardt fand bei Gelegenheit einer frischen Verletzung des Bauches, die eine Laparotomie erheischte, den Wurmfortsatz nach vorn gelagert, sein Mesenteriolum stark blutig durchtränkt. Es scheint, dass der Wurmfortsatz deswegen dem Trauma mehr ausgesetzt war, als ein gesunder. Eine Perforation war aber nicht eingetreten. Die rechte Niere des Kindes war zerrissen, Blase und der übrige Darm, außer dem Proc. vermiformis, aber ohne Zeichen von Verletzung. Das Kind überlebte den Eingriff nur 12 Stunden. —

4) Herr Canon: Zur Ätiologie und Terminologie der septischen Krankheiten mit Berücksichtigung der Werthe bakteriologischer Blutbefunde für die chirurgische Praxis.

C. konnte, wie er in dieser Vereinigung in den Jahren 1893 und 1895 vorgetragen, in einem Drittel der Fälle von septischen Erkrankungen (unter 60 Pat.) pyogene Bakterien im (lebenden) Blute und auch Leichenblute, aus der Armvene entnommen, einwandsfrei nachweisen.

Im Herzblut und dem der inneren Organe kann leicht eine postmortale Einwanderung von Bakterien geschehen sein.

Die Blutuntersuchung hat in so fern praktischen Werth, als sie bei der Differentialdiagnose z. B. von Typhus, Sepsis, Endokarditis u. A. m. wichtige Aufschlüsse geben, andererseits auch für die Frage, ob in einem bestimmten Falle noch operirt werden darf, den Ausschlag geben soll; so bei Cholelithiasis, Amputationen u. A. m. Nöthig ist es, nicht zu kleine Mengen Blutes zu Kulturversuchen zu entnehmen, also mindestens 5 ccm, ferner durch große Reihen von Untersuchungen entscheiden zu lernen, welche Anzahl von auf den Nährböden aufgegangenen Kolonien eine noch günstige, und welche eine absolut ungünstige Prognose für die einzelnen Fälle ergeben. Unbedingt nothwendig ist ferner die Blutuntersuchung in Fällen, wo eine Untersuchung lokaler Krankheitsherde nicht möglich ist und irgend ein Heilserum angewandt werden soll. Die besonders in England beliebte kritiklose Anwendung derartiger Antistreptokokken- und Antistaphylokokkensera ist entschieden zu verwerfen. — Übrigens sollte die Feststellung von Eitererregern in einem lokalen Herd die Blutuntersuchung nicht ausschließen.

Unsere Kenntnis über die Toxine pyogener Bakterien ist noch eine sehr beschränkte — es ist nicht angängig, die Resultate der Injektion lebender Kulturen und der Toxine in eine Parallele zu stellen. Neuere Untersuchungen besonders über Milzbrand haben ergeben, dass pathogene Bakterien durchaus nicht immer Toxine hervorbringen, und dass der Tod bei Infektionskrankheiten eintreten kann,

auch wenn nur verhältnismäßig wenig Bakterien im Blut und in den inneren Organen des Körpers sich nachweisen lassen, also eine giftige Wirkung derselben ausgeschlossen erscheint; ferner dass die Giftwirkung nicht das Einzige ist, wodurch die pathogenen Bakterien den Körper krank machen und vernichten können.

Desswegen ist eine Terminologie oder Scheidung der septischen Erkrankungen in eine Bakteriämie und Toxinämie, wie sie Kocher und Tavel vorschlagen, zur Zeit noch nicht durchführbar.

Zweckmäßiger sind die Bezeichnungen: Staphylomykose und Streptomykose oder event. Staphylose und Streptose (nach Petruschky.)

Das Wort Sepsis schlägt Vortr. vor beizubehalten, das Wort Pyämie als Unterabtheilung für alle die Fälle zu gebrauchen, in denen klinisch wahrnehmbare Metastasen vorhanden sind — also Streptokokkensepsis — Streptokokkenpyämie.

5) Herr Sonnenburg: Resektion des Coecum und eines Theiles des Ileum nach Appendicitis.

Die Pat. war S. zugeschickt worden wegen eines »chronischen Tumors« im Leibe ohne bestimmte Anfälle von Perityphlitis. Nach Ansicht S.'s handelte es sich um eine alte Form von Perityphlitis, und musste der Tumor hauptsächlich aus Schwarten bestehen, was sich auch bei der Operation bestätigte. Ileum, Coecum mit Proc. vermiformis waren fest in dieselben eingebettet. Letzterer, an seiner Kuppe freigemacht, riss zunächst ab und konnte in den Schwarten nicht weiter verfolgt werden. Ein fingerdicker Strang, der anfänglich das centrale Ende des Proc. vermiformis vorgetäuscht hatte, stellte sich als ein von Mesenterium befreites Ileumstück heraus. S. resecirte dasselbe, so wie das in Schwarten eingebettete Coecum, verschloss das Colon ascendeus und implantirte das Ileum in das Colon transversum.

Pat. genas nach Überstehen einer schweren doppelseitigen Parotitis.

Auffällig ist, dass die Verengerung des in Schwarten eingebetteten, beinahe unwegsamen Darmabschnittes so wenig Beschwerden gemacht hatte.

Diskussion: Herr Rotter beobachtete einen als Carcinom gedeuteten Tumor, der sich bei der Operation als ein perityphlitisches Exsudat herausstellte. Der Kranke starb.

Herr Karewski beobachtete einen ähnlichen Fall wie Herr Sonnenburg, Verengerung des Darmes durch Schwarten bis Bleistiftdicke unter Erscheinungen häufiger Anfälle von Perityphlitis. K. musste ein großes Stück Darm reseciren; Pat. starb an Inanition.

6) Herr Sonnenburg: Appendicitis acuta gangraenosa bei einer Schwangeren. (Krankenvorstellung.)

Die Pat. war im 5. Monat schwanger, bekam plötzlich heftige Schmerzen in der rechten Seite, unstillbares Erbrechen und Temperatursteigerungen. Bei dem stark entwickelten Uterus war eine ausgiebige Palpation rechts nicht möglich, so dass es fraglich war, ob hier eine Perityphlitis oder allgemeine Peritonitis neben der Gravidität bestand. Die bei der Berührung intensiven Schmerzen, die schweren Allgemeinerscheinungen, das Fehlen eines deutlichen Exsudats führten zur Annahme einer akuten gangränösen Appendicitis.

Bei der Operation musste der mit im Operationsfelde liegende Uterus bei Se te geschoben werden; dabei kam von der Seite und oben übelriechender Eiter so wie der nekrotische an der Spitze perforirte Wurmfortsatz zum Vorschein. Es wurde Alles entfernt und das Exsudat, das nirgends eine Abkapselung zeigte, abgelassen. Die Pat. erholte sich, abortirte aber nach einigen Wochen und musste eine sich daran anschließende Thrombose des linken Beines durchmachen.

7) Herr Mühsam: Zur Differentialdiagnose der Appendicitis und des Typhus. (Krankenvorstellung.)

Ein 32jähriger Schneider war dem Krankenhause Moabit mit der Diagnose Perityphlitis zugeschickt worden, was M als richtig an zu nehmen nicht zögerte. Der Kranke hatte heftige Schmerzen in der Ileocoecalgegend an einer circumscripten, daumengroßen Stelle, Fieber, vor der Einlieferung einmal Schüttelfrost,



Urinbeschwerden; Milztumor und Roseolen nicht nachweisbar. M. operirte unter der Annahme eines der Perforation in die Bauchhöhle nahen Empyems des Wurmfortsatzes. Nach Eröffnung der Bauchhöhle liegt Netz vor, das die Resistenz vorgetäuscht hatte. Es erstreckt sich über das Coecum und ist durch einen 5 cm langen, bindfadendünnen, vascularisirten Strang mit der Spitze des nach außen ziehenden Wurmfortsatzes verwachsen. Durch den gebildeten Ring war das Coecum zum Theil hineingestülpt. Der Wurmfortsatz war normal, auf der Oberfläche des Coecum aber fand sich eine 1/2 cm große blutigtingirte Stelle, anscheinend ein typhöses Geschwür, das bis zur Serosa vorgedrungen war, die Serosa selbst aber nicht zerstört hatte.

Im Mesocolon massenhaft blauroth geschwollene Drüsen von Erbsen- bis Bohnengröße. Das Geschwür wird in eine Serosafalte eingenäht, die Netzadhäsionen am Wurmfortsatz abgebunden. Heilung erfolgte ohne Besonderheiten. 3 Tage post op. stellte sich ein Milztumor und Roseolen ein, Diazoreaktion war immer negativ. Die Widal'sche Reaktion war erst am 10. Tage nach der Operation positiv.

Rendu giebt im Anschluss an einen ebenfalls unter der Diagnose Perityphlitis operirten Fall, bei dem die Diagnose Typhus erst durch die Sektion gestellt wurde, an, dass beim Typhus die Spannung der Bauchdecken eine geringere sei gegenüber der bei der Appendicitis.

8) Herr Sonnenburg: Verätzungsstriktur des Ösophagus. (Krankenvorstellung.)

Die Verengerung bestand eigentlich aus 2 über einander liegenden Ätzstrikturen, die auch nicht für die feinsten Sonden durchgängig waren.

S. versuchte, nach Ausführung der Gastrostomie, die Fühlung vom Munde nach dem Magen durch Verschluckenlassen eines Schrotkornes zu bekommen. Das Schrotkorn blieb aber immer oberhalb der ersten Striktur liegen, und erst nach vieler Mühe gelang es S.'s Assistent Merkens, das Schrotkorn weiter zu bringen, indem er es mit einer dünnen Sonde mit einer Kerbe oben an der Spitze hineinbrachte und den Faden daran ließ.

Von der Gastrostomiewunde aus wurde der Magen mit Wasser gefüllt, Pat. in Knie-Ellbogenlage gebracht, der Magen ausgeschwemmt; dabei konnte das Schrotkorn mitsammt dem Faden aus dem Magen herausgeholt werden. Nach dem Verfahren von Nicoladoni wurde nunmehr innerhalb vieler Wochen eine allmähliche Dilatation vorgenommen.

9) Herr Wolff: Demonstration des Präparates eines Blasentumors.

Der betr. 63jährige Pat. hatte das Krankenhaus wegen Urinverhaltung aufgesucht und ließ als klinischen Befund ein primäres Prostatacarcinom mit sekundärer Betheiligung der Blase, des paravesikalen Gewebes und der Beckendrüsen annehmen. Der Urin war jauchig blutig. Die Sektion zeigte ein primäres Blasencarcinom, die ganze Blase in einen 3—4 cm dicken geschwürigen, carcinomatösen Hohlraum mit zerstörter Schleimhaut verwandelt; ein Ausgangspunkt für das Carcinom lässt sich nicht feststellen.

10) Herr Tendlan (a. G.): Hochgradige Osteomalakie. (Krankenvorstellung.)

Bei der vorgestellten 62 Jahre alten Frau stellten sich vor 3 Jahren ischiasartige Schmerzen ein, ferner bemerkte sie, dass sie schief und kleiner wurde. Es fand sich eine starke Kyphoskoliose der Brust- und Lendenwirbelsäule, Rippen stark verbogen und deformirt, das Brustbein winklig geknickt, die Rippenbogen berühren die Crista ossis ilei. Das Becken hat die typische Schnabelform, Promontorium springt stark vor. Die Extremitätenknochen sind nicht wesentlich verändert, die Muskeln sind schlaff — atrophisch; bei ihrer Untersuchung stellen sich schmerzhafte Kontraktionen ein. Die elektrische Untersuchung ergiebt quantitative Herabsetzung für konstanten und faradischen Strom. Im Urin ist wenig Eiweiß, kein Bence-Jones'sches Eiweiß.



Während der Krankenhausbehandlung besserte sich der Zustand; die Schmerzen verschwanden, Pat. vermag zur Zeit trippelnd, ohne Unterstützung zu gehen.

Die Behandlung bestand in Darreichung von Kalk- und phosphorsauren Salzen, Phosphor in Emulsion und mit Leberthran, Applikation von Soolbädern. Außerdem hat eine Extensionsbehandlung günstig auf den Zustand eingewirkt.

11) Herr Hermes: Tumor und Abscess des Mesenteriums.

Die Pat. litt seit Jahren an Spitzenkatarrh, außerdem aber neuerdings an Mattigkeit und allgemeinen Beschwerden. Bei einer Untersuchung wurde eine bewegliche faustgroße Geschwulst im Abdomen festgestellt.

Dieselbe ging, wie bei der Operation sich herausstellte, vom Mesenterium aus und war mit dem großen Netz verwachsen. Bei der versuchten Lösung platzte sie und entleerte Eiter von zum Theil käsig eitriger Beschaffenheit. Da sich auf der Serosa der zum Mesenterium gehörigen Darmschlinge zahlreiche kleine Knötchen fanden, resecirte H. die Darmschlinge sammt dem Mesenterium und vereinigte die Darmenden mit Murphyknopf. Derselbe ging nach 14 Tagen ab, der Verlauf war günstig.

Die Untersuchung ergab, dass nicht Tuberkulose vorlag, sondern, dass die Geschwulst vom Mesenterium ausging.

Das mikroskopische Präparat zeigt längliche spindelförmige Zellen, die von den Gefäßen ausgehen und bis nahe an das Endothel heranreichen; in der Geschwulstmasse findet sich eine Anzahl derber Stellen, die stark verdickte Gefäße und Infiltrationen um die Gefäße herum darstellen. **Sarfert** (Berlin).

---

10) A. Delattre. Luxation traumatique d'épaule à récidives chez un enfant; luxation de l'extremité interne de la clavicule.

(Journ. de chir. et ann. de la soc. Belge de chir. 1901. Hft. 3.)

D. beobachtete bei einem 1 Jahre alten Kinde eine linksseitige Lux. coracoidea, entstanden dadurch, dass man das Kind am Vorderarm in die Höhe hob. Einrenkung leicht. 3 Monate und 16 Monate später je ein Recidiv mit ähnlicher Ätiologie. Zwischen den beiden Recidiven erlitt das Kind durch Fall auf die Schulter rechterseits ein Lux. claviculae sternal. nach hinten oben. Reduktion leicht. — Beide Verrenkungsformen sind bei Kindern von 1—2 Jahren sehr selten und wohl nur von Guersant beschrieben. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

11) Wyss (Zürich). Medianusdurchtrennung. Heilung.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 36.)

Der von W. mitgetheilte Fall ist dadurch von besonderem Interesse, dass er einen Arzt betrifft, und so genaue Beobachtungen des Heilungsverlaufes möglich wurden. Pat. hatte sich die Verletzung dadurch zugezogen, dass ihm beim Ausgleiten in den rechten Daumenballen die Ecke eines scharfen Eisens eindrang. Da es zweifelhaft erschien, ob der N. medianus durchtrennt oder nur gequetscht sei, wurde ein operativer Eingriff zunächst unterlassen, und bei der allmählich zunehmenden Besserung, trotzdem die Durchtrennung des Nerven sicher angenommen werden konnte, schließlich überhaupt nicht mehr ausgeführt. Pat. hatte bei dem Unfalle keinen erheblichen Schmerz, dagegen vom 2. bis 5. Tage neuralgieähnliche, heftig zuckende Schmerzen in den der Sensibilität beraubten Gebieten. In letztere ausstrahlende »Kitzel«-Schmerzen hat er noch nach $1/2$ Jahre nach der Verletzung gefühlt. Außerdem empfand er öfters, besonders bei Hyperämie, ein spontanes, momentanes, lancinirendes Stechen, und blieb eine Zeit lang in den wieder sensibel gewordenen Hautbezirken die Betastung und die Berührung mit kalten Gegenständen schmerzhaft. Weitere Einzelheiten der interessanten Krankengeschichte siehe im Original. **Kramer** (Glogau).



12) **J. Bouglé.** Greffe autochtone des tendons extenseurs du pouce.
(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 193.)

In einem Falle von 8 Wochen alter Durchtrennung beider Strecksehnen des linken Daumens, in welchem die direkte Vereinigung der Sehnenstümpfe durch Naht wegen zu starker Retraktion unmöglich war, erzielte B. ein befriedigendes Resultat durch Sehnenplastik. Ein der Sehne des Radialis externus entnommenes, 6—8 cm langes Stück pflanzte er zwischen die Stümpfe des Extensor pollicis longus und ein dem Abductor pollicis longus entlehntes zwischen die Stümpfe des Extensor pollicis brevis. Die eröffneten Sehnenscheiden des Radialis externus und des Abductor longus schloss er je für sich durch Naht. — 2 Monate nach der Operation konnte der Kranke den Daumen strecken, wenn auch nicht hyperextendiren. **Reichel** (Chemnitz).

13) **Ch. Féré.** Fracture d'une phalangette par action musculaire.
(Revue de chir. 1901. No. 9.)

Die sehr ausführlich und mit allen Nebenumständen beschriebene kleine Verletzung ist dem Verf. selbst beim Arbeiten mit dem Ergographen zugestoßen. Die Metallrohre, welche den 2. und 4. Finger umschlossen, waren weit genug, den Fingenbeeren so viel Raum zu gestatten, dass sie ziemlich stark gegen die freien Ränder anstießen, während der Mittelfinger rhythmisch eine starke Arbeit leistete. Plötzlich erfolgte unter deutlichem Krachen die Fraktur an der Nagelphalanx des 4. Fingers. In der Bruchlinie bildete sich ein ziemlich starker osteophytischer Callus, der eine Verkrümmung des Nagels zur Folge hatte. Gute und zahlreiche Abbildungen sind der Abhandlung beigefügt. **Christel** (Metz).

14) **Bérard.** Fracture pathologique du fémur au-dessus d'un foyer d'ostéite tuberculeuse réchauffé après 55 ans de guérison.
(Soc. de chir. de Lyon 1901. Juli 18.)

Der zur Zeit 61jährige Pat. machte in seinem 3. Lebensjahre eine akut beginnende Affektion der Kniegelenksgegend durch, welche nach Fistelbildung und Ausstoßung von Sequestern im Verlaufe von 3 Jahren mit Ankylose des Kniees ausheilte. Während der nächsten 52 Jahre keinerlei Schmerzen oder sonstige Beschwerden; vor 3 Jahren Unterschenkelbruch am anderen Beine; kurz nach Heilung desselben entstand ohne besondere Ursache an der Außenseite des früher erkrankten Oberschenkels ein Abscess, aus welchem sich eine noch jetzt bestehende Fistel entwickelte. Vor 3 Wochen Sprung aus geringer Höhe und Fraktur im unteren Drittel des betreffenden Oberschenkels, worauf sich subakut ein Tumor albus des Kniees entwickelte. An dem durch Oberschenkelamputation gewonnenen Präparat war die untere Femurepiphyse in eine von dünner Knochenschale umgebene, mit käsigen und fungösen Massen ausgefüllte Höhle verwandelt, welche durch eine Fistel mit dem tuberkulös erkrankten Kniegelenke in Verbindung stand. 2 cm oberhalb des Epiphysenherdes lag die Bruchstelle.

Hiernach war ein mehr als 50 Jahre latent gebliebener Knochenherd nach dem Trauma vor 3 Jahren wieder aufgeflackert. Die zuletzt erlittene Fraktur muss in Anbetracht der geringen Gewalteinwirkung als eine pathologische, im bereits tuberkulös veränderten Knochen entstandene angesehen werden. Auch die mikroskopische Untersuchung ergab Tuberkulose. **Mohr** (Bielefeld).

15) **Borchard.** Luxation und Torsion der Patella nach außen durch Muskelzug.
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 577.)

Der 17jährige Pat., welcher bereits vor einem Jahre beim Stolpern plötzlich einen Schmerz im linken Knie gehabt hatte mit dem Gefühl, als wenn seitlich etwas herausträte, war jetzt auf Glatteis gefallen, als er, einen Schneeball werfend, sich nach hinten links umdrehte. Resultat: Kniescheibenverrenkung nach

außen mit Stellung derselben auf eine Seitenkante, also gleichzeitige Längsachsendrehung. Reposition war dem zunächst hinzugezogenen Kollegen misslungen. B. fand vom oberen und unteren Pole der Kniescheibe je 2 derbe Stränge, nach oben und unten ziehend tastbar, von denen der erste sehr straff, der zweite, hintere, schlaffer war. Ersterer erwies sich als Gelenkkapsel, der zweite als Quadricepssehne, bezw. Kniescheibenband. Die Reposition gelang in Narkose derart, dass die Kniescheibe nach vorn (oben) gedrückt wurde, gleichzeitig aber zu ihrer Rückdrehung um die Längsachse auf ihre untere Kante (mit welcher sie auf dem Oberschenkel aufgekantet war, Ref.) ein Druck medialwärts (nach rechts, Ref.) ausgeübt war. Hierbei kam diese Kante, eine halbe Drehung machend, an den inneren Femurkondylus zu liegen. Die subkutane Kniescheibenfläche hatte also nach innen (rechts, Ref.), die Gelenkfläche nach außen (links, Ref.) geschaut. Wie die Seitenverrenkung der Kniescheibe ist auch ihre Torsion hier nur durch Muskelzug erklärbar, da eine direkte, sie drehende Gewalt nicht einwirkte. Der Vastus ext. und Rectus muss bei der gedrehten Körperhaltung, die Pat. beim Falle einnahm, den medialen Kniescheibenrand nach außen hinten hinweggezogen haben. In einem im Übrigen B.'s Beobachtung analogen Falle von Parker fand die Torsion durch direkte Gewalteinwirkung statt. (Ref. würde die Torsion in B.'s Falle, vorausgesetzt, dass er die Beschreibung richtig verstanden, nicht als eine solche nach außen, sondern lieber als eine nach innen bezeichnen.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

16) Rosa Einhorn. Zur Kenntnis der Unterschenkelfrakturen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIV. Hft. 4.)

Die Arbeit enthält einen statistischen Bericht über 68 Fälle von Unterschenkelfrakturen aus der Kocher'schen Klinik. Allgemeinen statistischen Erörterungen folgen specielle Betrachtungen über die Ätiologie der intra-uterinen, in der Geburt entstandenen und extra-uterinen Brüche unter Zugrundelegung der physiologischen und pathologischen Prädispositionen. Alle bezüglich des behandelten Themas interessirenden und wichtigeren Punkte sind in dem flott geschriebenen Aufsatze erörtert, dem die Krankenjournale am Schluss beigefügt sind. Eine besondere Hervorhebung der zahlreichen Einzelheiten ist im Referat nicht leicht möglich.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

17) Quénu. Luxation du metatarse en dehors.

(Revue de chir. 1901. No. 9.)

Die sehr genaue und ausführliche Studie knüpft Q. an eine Beobachtung dieser seltenen Verletzung, die er kürzlich zu machen Gelegenheit hatte. Ein junger Mann fiel mit seinem Pferde, wobei sein rechter Fuß an die Kante des Bürgersteigs, der Reiter unters Pferd zu liegen kam. Etwa 6 Wochen danach sah Q. den Kranken; die Form des Fußes war etwa folgende: das innere Keilbein springt stark nach innen, die Basis metatarsi V stark nach außen vor. Das Fußgewölbe ist abgeplattet, die Sohle verbreitert. Die Art der Verletzung tritt auf den beigegebenen Röntgenbildern mit voller Schärfe hervor: Der Metatarsus als Ganzes ist im Lisfranc'schen Gelenk um etwa 10 mm nach außen verrenkt.

Q. hat durch Versuche den Mechanismus der Verrenkung klarstellen können; es gelang ihm, sie bei Fixation der vorderen Fußhälfte, forcirter Plantarflektion und Rotation des fixirten Theils nach innen hervorzubringen. Tritt ein seitlicher Druck dazu, so kommt die Lux. metatarsi zu Stande, und sie ist daher als Rotationsluxation zu betrachten.

Bezüglich der feineren Details möchte ich auf das Original verweisen.

Christel (Metz).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 51. Sonnabend, den 21. December. 1901.

I.

Neues Verfahren zur Bildung der Harnblase und Harnröhre mit einem Sphinkter aus dem Mastdarm bei Exstrophia vesicae, Epispadie hohen Grades und Urininkontinenz[1].

Von

Prof. **M. Subbotin** in St. Petersburg.

Die allgemein bekannte Ungenügendheit aller bis jetzt vorgeschlagenen Methoden zum Bekämpfen der genannten Leiden legte mir bereits seit einem Jahre den Gedanken nahe, einen neuen Weg zu diesem Ziele zu betreten. Ich dachte mir nämlich und vollführte die Herstellung normal funktionirender Urinwege mit Zuhilfenahme des Rectum nach einem besonderen Plan. Derselbe besteht in vollständiger Trennung des vorderen unteren Rectumabschnittes (ein-

[1] Über die Operation wurde auf dem Kongress russ. Chirurgen in Moskau im December 1900 berichtet, die Pat. in der Pirogoff'schen chirurgischen Gesellschaft demonstrirt, und ein Aufsatz darüber in den Annalen der militär.-med. Akademie zu St. Petersburg 1901 No. 3 skizzirt.

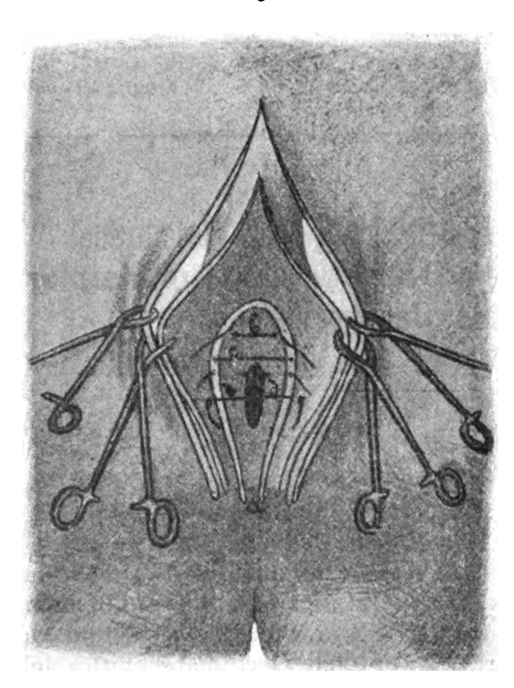


schließlich vorderer Aftertheil) vom übrigen Rectum und Anus mittels einer senkrechten Schleimhautmuskelwand. Die neugebildete Höhle muss mit der Blase breit anastomosirt und letztere von vorn verschlossen werden.

Nach diesem Plan operirte ich meinen ersten Kranken — einen 14 Jahre alten Knaben mit hoher Epispadie und vollständiger Urininkontinenz — am 30. November 1900.

Zunächst wurde ein senkrechter Hautschnitt vom 3. Kreuzwirbel nach unten geführt, welcher auch die hintere Rectumwand spaltete; Resektion des Coccygeum. Jetzt lag die vordere Rectumwand vor mir (s. Fig. 1). Blutung unbedeutend, mit Tamponade und Katgutligaturen sofort gestillt. Die Rectumschleimhaut wurde nun mit aseptischer Gaze sorgfältig ausgetupft und das Rectum tamponirt. Unmittelbar über dem Sphincter externus wird die vordere Rectumwand 3 cm lang eingeschnitten, in diesen Schnitt die hintere Blasenwand mit dem Finger eines Assistenten eingestülpt und ebenfalls eröffnet. Auf diese Weise entsand zwischen Rectum und Blase eine breite Anastomose, deren Ränder mit Katgutnähten befestigt wurden. Zum Anlegen letzterer Nähte wurden die von Trélat für Staphylorrhaphie und Uranoplastik angegebenen gekrümmten Nadeln gebraucht. Um die entstandene Anastomose herum wird durch die Darmmucosa ein hufeisenförmiger Schnitt geführt, dessen beide Enden am Perineum münden (s. Figur 1 *a*). So entsteht ein Lappen, welcher $^1/_3$ des Rectumumfanges breit ist; seine Ränder werden von der unterliegenden Muscularis etwas abpräparirt.

Fig. 1.



Jetzt wurden die etwas befreiten Lappenränder an einander gelegt und mit einer fortlaufenden Katgutnaht zusammengenäht, wobei auch die Muscularis gefasst wird (s. Fig. 1 *b*). Eben solche Nähte dienen zur Vereinigung der äußeren Ränder des hufeisenförmigen Schnittes, nämlich der Muskelschicht und Schleimhaut (s. Fig. 1 *c* und *d*).

Auf diese Weise wurde aus dem vorderen Rectumabschnitte die oben erwähnte Höhle gebildet, welche vom übrigen Rectum gänzlich getrennt und mit der Blase breit vereinigt ist (s. Fig. 2*a*). Die äußere Mündung dieser Höhle befindet sich, wie ersichtlich, im vorderen, ebenfalls isolirten Anustheile (Fig. 2*b*).

Fig. 2.

Den letzten Operationstheil bildete nun der Wundverschluss. Zu diesem Zweck wurde die aufgeschnittene hintere Rectumwand mit doppelter Katgutnaht vereinigt und damit normaler Mastdarm und After wieder geschaffen (Figur 2). Der Hautschnitt wurde vorsichtshalber nur theilweise zusammen genäht und die gelassene Öffnung mit steriler Gaze drainirt.

Die widernatürliche vordere Blasenöffnung, theils mit eingepflanztem Hodensack gedeckt, diente zum Anlegen eines Dauerkatheters. Ins Rectum wurde ein Gummischlauch eingeführt, welcher freien Abgang der Darmgase sicherte.

Die Operation wurde in Chloroformnarkose ohne Beschwerden ausgeführt. Ausschließlich aseptische Wundbehandlung, wie sie in meiner Klinik zur Anwendung kommt. Wundverlauf ungestört.

Nach 2 Wochen Untersuchung in Chloroformnarkose und Katheter à demeure in die neugebildete Urethra, welche bald darauf täglich katheterisirt wurde. Bei Stuhlgang und Blasenausspülung ergab es sich, dass Mastdarm und neugebildete Blase mit einander nicht kommuniciren. Urin gänzlich klar. In der Blase wird über 100 ccm eingeführte Flüssigkeit gut zurückgehalten und beim willkürlichen Uriniren mit Kraft ausgeworfen.

Es besteht durchaus keine Incontinentia alvi. Am 9. Januar 1901 wurden die Ränder der vorderen Blasenöffnung angefrischt und letztere mit Nähten geschlossen. Dabei wurde Dauerkatheterisation in der neuen Urethra während einer Woche durchgeführt, alsdann Pat. katheterfrei gelassen. Jetzt urinirte er nur durch den neuen Kanal. Normaler Urindrang und willkürliches Uriniren zuerst 7 bis 8mal, bald aber nur 5—6mal täglich. Beim Uriniren erfolgt auch Stuhlgang, wenn das Rectum gerade Koth enthält.

Heute, also bereits 10 Monate nach der Operation, bestehen die

Verhältnisse eben so günstig wie am Anfang, der Knabe ist von seinem traurigen Leiden für immer befreit.

Im Laufe des letzten Frühjahrs hatte ich Gelegenheit, einen zweiten Kranken (15jährigen Knaben) mit derselben Missbildung auf die beschriebene Weise zu operiren, und erzielte wiederum guten Erfolg.

Meine Operation schafft nahezu anatomisch normal gebildete und physiologisch richtig funktionirende Blase und Urethra. Keinerlei Darminhalt vermag in die Urinwege zu gerathen, und damit ist wohl alle Möglichkeit aufsteigender Infektion der Harnorgane vom Darm aus vermieden. Da aber diese Infektion das größte Übel aller bis jetzt angegebenen Methoden der Urinableitung in den Darm bei Inkontinenz bildet, welche Methoden alle auf Kloakenbildung basirt sind, so scheint mir mein eigenes Verfahren von großem Vortheil zu sein[2].

II.

(Aus dem Hamburg-Eppendorfer Krankenhause, II. chirurgische Abtheilung, Oberarzt Dr. Sick.)

Ein Verband für Unterkieferfrakturen.

Von

Dr. J. Wieting.

Die Behandlung der Unterkieferfrakturen kann naturgemäß, noch weniger wie die der Extremitätenknochen es sein sollte, nicht nach einem Schema geschehen, wenn ein gutes oder jedes Mal das beste Resultat erreicht werden soll. Knochennaht, Interdentalschienen, Guttapertschakappen u. A. m. treten in ihre Rechte, wenn sie im betreffenden Falle als am leistungsfähigsten anzusehen sind, vorausgesetzt, dass Zeit, Material und Technik vorhanden sind für die zu wählende Methode. In Folgendem möge kurz ein Verfahren skizzirt werden, das in dem betreffenden Falle sich bewährt hat und in ähnlichen sich vielleicht bewähren wird.

Krankengeschichte: Der 20jährige Kutscher S. wurde am 25. August 1899 von einem Pferde gegen den Unterkiefer geschlagen. Außer anderen leichteren Verletzungen ließ sich ein 3facher Bruch des Unterkiefers nachweisen: Beiderseits in gleicher Höhe, in der Verlängerung der Zahnreihe, unkomplicirte Querfraktur beider Unterkieferäste, die Bruchstellen sind deutlich vom Munde her zu fühlen, geben Krepitation; der Kiefer ist weit zurückgesunken, wodurch sich unterhalb des Ohrläppchens jederseits ein weicher Wulst bildet. Die dritte, und zwar komplicirte Fraktur durchsetzt den Unterkiefer links zwischen zweitem Schneidezahn und dem Eckzahn; das linke Bruchende ist außer nach hinten ein wenig nach oben und innen disloeiert. Links und vorn sind mehrere Zähne mit den Alveolarbrücken herausgeschlagen.

---

[2] Die Figuren sind meinem Aufsatze in den Annalen der militär.-med. Akademie 1901 No. 3 entnommen.



Von den Bemühungen, durch eine Kautschukschiene die leicht reponiblen Bruchstellen in guter Stellung festzuhalten, musste ich bald abstehen; die Kieferstücke sanken natürlicherweise stets wieder zurück. Nun wurde Folgendes ausgeführt: Mittels Knochenbohrers wird ein Loch gebohrt durch den Alveolarfortsatz des Unterkiefers, etwas links an der Medianlinie von der Umschlagsstelle der Kiefer- zur Lippenschleimhaut; durch dieses Loch wird ein langer Silberdraht geleitet und dieser um den erhaltenen Eckzahn der linken Seite geschlungen. Auf diese Weise konnte das zweite Bohrloch gespart und durch den schrägen Verlauf des Silberdrahts zugleich das linke Bruchende mehr nach unten und nach vorn außen aus seiner Dislokation gegen das rechte gebracht werden. So war der eine Bruch reponirt und fixirt. Durch Zug an dem Draht war die Reposition der beiden Querbrüche ebenfalls eine leichte, es galt, sie festzuhalten. Nach gleichmäßiger dünner Polsterung wurden Kopf und Hals in einen leichten Gipsverband eingeschlossen und in diesen Gipsverband (*V*), wie die beistehende Figur zeigt, ein Zinkstreifen eingegypst, der an mehreren Stellen und den Enden — hier zur besseren Befestigung in Gips — gekerbt wird. Der Zinkstreifen entspricht in seiner Lage dem Bogen des Unterkiefers. Nun wird an dem Silberdraht der Unterkiefer angezogen und nach Erreichung der richtigen Stellung die langen Drahtenden über dem Zinkstreifen geknotet, nachdem zwei Kerben — zur Vermeidung des Abrutschens — an der entsprechenden Stelle ausgeschnitten sind.



Unterkieferbruch.

V Gipsverband über den Kopf.
B Zinkblechbügel.
S Silberdraht.

Der beistehend abgebildete Verband wurde, um das Verfahren zu demonstriren, einem gesunden Menschen angelegt, da eine Photographie von dem Pat. s. Z. nicht angefertigt war.

Der Gipsverband braucht natürlich nicht den ganzen behaarten Kopf einschließen, muss aber gut namentlich am Hinterkopf und den Warzenfortsätzen modellirt sein, damit er nicht verrutscht. Wollte man die Extension permanent wirken lassen, so kann leicht ein Stück Gummischlauch in den Verlauf des Silberdrahts eingefügt werden. Durch passend zwischen Kiefer und Gipsverband eingeschobene Wattebäusche könnte ferner leicht lokal auf die Verschiebung der Bruchenden eingewirkt werden.

In unserem Falle waren keine weitere Modifikationen nöthig; am 4. Tage stand Pat. auf und ging umher. Trotz Eiterung an der durch den Schlag perforirten Oberlippe trat reaktionslose Konsolidation ein. Am 15. September wird der Verband und der Silberdraht entfernt, die Frakturstellen sind nicht mehr besonders schmerzhaft, stehen tadellos. Zur weiteren Sicherung wird noch einige Tage ein mit Wattebäuschen an entsprechenden Stellen unterpolsterter Stärkekleister-Bindenverband getragen. Die Zahnreihen können auf etwa $2^1/_2$ cm aktiv von einander entfernt werden, auch gelingt die aktive Verschiebung im Kiefergelenk von

hinten nach vorn sehr gut. Es werden nun fleißig aktive und passive Übungen gemacht, und am 28. September konnte der Pat. mit voller Funktion geheilt entlassen werden.

Das Princip des Verbandes ist, wie es bei allen Redressionen sein sollte: Reposition der Frakturenden (durch den Silberdraht) und Fixirung des Gewonnenen mitsammt dem redressirenden Apparat (Bügel und Silberdraht im Gipsverband). Wie ich bei der Durchsicht der Litteratur sehe, hat Seelhorst (Münch. med. Wochenschrift 1898) methodisch für die Unterkieferfrakturen die permanente Gewichtsextension durchgeführt. Der Pat. wird, wie ein Fisch an der Angel, an einer Schnur über das Fußende des Bettes hinaus extendirt. Die Vortheile der oben angegebenen Methode gegenüber diesem Verfahren liegen auf der Hand.

---

1) **Krosta.** Überblick über die Thätigkeit der Sanitätsformationen beim Ostasiatischen Expeditionskorps.

(Deutsche militärztliche Zeitschrift 1901. Juniheft.)

Wenn wir auch einen ausführlichen Sanitätsbericht über die ostasiatische Expedition noch nicht erwarten dürfen, ist doch die vorliegende kurze Mittheilung geeignet, uns einen Überblick über die zweckmäßigen Veranstaltungen zu geben, welche von der Deutschen Heeresleitung zur Pflege der Kranken und Verwundeten getroffen waren. Einerseits hatte allerdings die geringe Anzahl der Streiter, welche 23 000 nicht überschritt, eine Erleichterung der gestellten Aufgaben zu bedeuten, andererseits aber waren doch auch ungewöhnliche Schwierigkeiten zu überwinden. Diese bestanden in der kurzen für die Ausrüstung zur Verfügung stehenden Zeit, in der ungeheuren Entfernung des Kriegsschauplatzes vom Mutterlande, in den eigenthümlichen klimatischen Verhältnissen des Landes u. dgl. Mit Genugthuung darf daher Verf. darauf hinweisen, dass in kurzer Frist in China 2000 Lagerstellen bereit standen, und dass mit den eigenen Sanitätsformationen auch 3—4000 Kranke gleichzeitig an Land hätten untergebracht werden können, wenn es nöthig gewesen wäre. Der Krankenstand in den Lazaretten hat sich aber niemals über 1200—1300 Kranke erhoben. Die Betheiligung der freiwilligen Krankenpflege beschränkte sich auf Einrichtung eines Lazarettes in Jangtsun von ca. 100 Betten unter Küttner und eines Genesungsheimes bei Kobe in Japan, während auch in Tientsin ein Genesungsheim von der Militär-Sanitätsbehörde errichtet worden war.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

2) **P. J. Modlinski.** Revision der Indikationen zu Eingriffen bei Schusswunden.

(Jahresbericht der Moskauer chirurg. Gesellschaft T. XIX. 1900. [Russisch.])

Vorderarmschussverletzung durch ein Montechristogewehr aus einer Entfernung von etwa 13 m. Exspektative Behandlung, da

keinerlei Wundreaktion. Am 2. Tage Fieber, Röthung und Schwellung der Umgebung der Wunde. Nachdem skiaskopisch der Sitz des Geschosses festgestellt war, Entfernung desselben ohne Schwierigkeit. Es lag als plattgedrücktes Plättchen dem Radius dicht an. Heilung. Verf. kommt bezüglich der Behandlung von Schussverletzungen der Extremitäten zu folgenden Resultaten.

1) Radioskopie in jedem Falle.

2) Ist der Sitz des Geschosses festgestellt, so ist es unverzüglich zu entfernen.

3) In Fällen, wo das Geschoss ohne weitere Folgen verheilt war, wirken wir auch durch seine spätere Entfernung günstig ein.

4) In Fällen, wo das Geschoss durch seine Anwesenheit Komplikationen hervorruft in Form von Entzündung, oder Aneurysmabildung, wirkt seine sofortige Entfernung, wenn auch nicht vollkommen die Komplikationen beseitigend, so doch mildernd.

5) Verletzungen des Skeletts, besonders Eindringen des Geschosses in Gelenke, fordern ihre Entfernung.

(Unter diesen Schlussfolgerungen dürfte besonders die zweite in Deutschland wenig Anhänger finden. Ref.) **P. Rathcke** (Berlin).

---

3) **E. Kampmann.** Über die ursächlichen Beziehungen von Trauma und Gallenblasenerkrankungen.

Inaug.-Diss., Straßburg i/E., 1901.

Verf. unterscheidet 2 Gruppen von Erkrankungen: 1) solche Fälle, bei denen ein Trauma eine bereits vorher erkrankte Gallenblase trifft, und 2) Fälle, bei denen durch das Trauma in einer gesunden Gallenblase eine Cholecystitis hervorgerufen wird. Letztere sollen entweder direkt durch Verletzung der Schleimhaut und daran anschließende katarrhalische Zustände veranlasst werden oder indirekt durch Adhäsionsbildung. Der Verlauf dieser Entzündung soll mehr schleichend und chronisch sein und seltener zur Steinbildung führen. Wirklich einwandsfreie Fälle dieser Kategorie fand indess Verf. nur 3 in der gesammten Litteratur. **Coste** (Straßburg i/E.).

---

4) **P. Delbet.** Ligatures et sutures à viroles pour assurer l'hémostase du foie.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 49.)

Um sich bei Leberresektionen gegen die Gefahr der Blutung zu sichern, empfiehlt D. ein von ihm ersonnenes, bisher freilich erst am Hunde mit Erfolg versuchtes Nahtverfahren. Es handelt sich um eine Art Massenligatur des Lebergewebes central von der Durchtrennungsstelle, bei welcher das Durchschneiden der Fäden durch das Lebergewebe durch eine Anzahl, nach Art eines Rosenkranzes auf den Faden aufgereihter dekalcinirter Knochenstücke von Röhrenknochen kleiner Thiere verhindert wird. Um die Konstriktion bei

Resektion größerer Leberstücke zu sichern zieht D. in der Mitte jedes längeren Stückes die Fäden, auf welche die Knochenstücke aufgereiht sind, durch eine besondere, quer zur Längsachse des Fadens durch das Lebergewebe durchstochene Fadenschlinge fest an einander. — Hühnerknochen erwiesen sich bei seinen Experimenten ungeeignet, zweckmäßig dagegen die Röhrenknochen von Kaninchen und Hasen.

Reichel (Chemnitz).

---

5) **H. Mohr** (Bielefeld). Über Recidive nach Operationen an den Gallenwegen.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 309. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1901.)

Echte Recidive durch Steinneubildung sind nach Operationen an den Gallenwegen außerordentlich selten; häufiger sind die durch verschuldet oder unverschuldet bei der Operation in den Gallenwegen besonders in älteren, komplicirteren Fällen, zurückgebliebenen Steine verursachten. Zumeist aber handelt es sich um unechte Recidive, d. h. sind die postoperativen Beschwerden durch Entzündungs- und Verwachsungskoliken der Gallenwege, durch Verwachsungen und Zerrung der Organe in Folge von Bauchhernien veranlasst oder durch anderweitige, durch eine Operation an den Gallenwegen nicht zu beeinflussende Erkrankungen vorgetäuscht. Indess sind in der Mehrzahl der Fälle die Beschwerden nicht erheblich und gegenüber den vor der Operation vorhanden gewesenen geringfügig, so dass ein Grund, die Indikationen der Gallensteinoperationen einzuschränken, nach M. nicht nur nicht besteht, sondern im Gegentheil zu erwarten sei, dass bei erweiterter Indikationsstellung zur operativen Behandlung bei veränderter Technik und sorgfältigerer Nachbehandlung die Zahl der bisher beobachteten Recidive noch bedeutend heruntergedrückt werden würde. M. befürwortet in diesen Beziehungen vor Allem die Frühoperation, verwirft die ideale Cystotomie und hält da, wo die Cystotomie mit Drainage der Blase angezeigt ist, für nothwendig, die Gallenblase so zu befestigen, dass man neben ihr mit dem Finger die Gallengänge auf Steine kontrolliren könne, die Drainage genügend lange fortzusetzen und jede Zerrung der Gallenblase beim Annähen zu vermeiden. (Poppert's Methode der wasserdichten Drainage, Bildung eines Bauchfelltrichters). Da durch die Entfernung der Gallenblase der Hauptfaktor für das Wiederwachsen resp. Größerwerden von Steinen beseitigt, alle auf erneuter Entzündung der Schleimhaut, Zerrung und Knickung der Blase, Druckschwäche derselben beruhenden Recidive sicher verhindert, die Gefahr späterer Verwachsungskoliken bedeutend vermindert, die krebsige Entartung der veränderten Blasenschleimhaut frühzeitig bekämpft werde, sieht M. in der Exstirpation der Gallenblase die Radikaloperation gegen die Mehrzahl der Recidive, die event. mit Hepaticusdrainage bezw. breiter Spaltung und Sondirung der Gänge verbunden werden müsse. Für die Nachbehandlung nach

der Operation kommen dann noch Regelung der Diät, Lebensweise etc., Karlsbader Kuren als werthvolle Mittel in Betracht.

Kramer (Glogau).

---

6) **L. W. Orlow.** Echinococcotomie nach Posadas-Bobrow.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 439.)

Von einander unabhängig haben Posadas und Bobrow Echinokokken derart operirt, dass sie die nicht vereiterten Cysten womöglich unversehrt ausgeschält und hiernach den entleerten fibrösen Sack ganz vernäht haben. Auch O. hat diese Methode 5mal bei Lebercysten ausgeführt. Er publicirt seine Krankengeschichten und knüpft hieran, die sonst über die Methode gemachten und publicirten Erfahrungen vergleichend, eine kritische Prüfung derselben, welche, mancherlei dem Verfahren anhaftende Übelstände berücksichtigend, im Allgemeinen nicht zu Gunsten desselben ausfällt. Fall 1 wurde nach der Operation durch eine eitrige Parotitis komplicirt. Die übrigen Pat. erkrankten während der Heilung sämmtlich an Husten mit Bruststechen auf der rechten Seite, woselbst auch Dämpfungen und pneumonische Symptome sich einstellten. Indess wurde diese Komplikation überstanden. In Fall 2, eine Schwangere betreffend, trat überdies Frühgeburt und nach der sich vernothwendigenden Placentarlösung übelriechender Uterusausfluss ein. Die Pat. ist bald nach ihrer Entlassung gestorben.

Aus der Litteratur ergiebt sich ferner Folgendes: Leicht können bei dieser Nahtmethode einige Parasiten zurückbleiben, welche heranwachsend Recidive abgeben (Fälle von Büdinger, Rasumowski, Bobrow). 2) In der entleerten Blasenhöhle kann sich ein nicht aseptischer Erguss mit folgender Eiterung bilden. Durch nachträgliche Wiedereröffnung der Bauchwunde und Entleerung der Flüssigkeit, Tamponade etc. kann der Zwischenfall zwar günstig ablaufen, immerhin aber doch leicht zu Peritonitis führen. In 134 hier verwerthbaren Fällen trat 27mal — also in 20% — derartige Eiterung ein. Einen dritten Übelstand der Höhlenschließung würde der Gallenausfluss bilden. Doch scheint derselbe, wo er primär in mäßigem Grade auftrat, die Heilung wenig gestört zu haben. Dagegen sind 4) die von O. beobachteten Lungenerkrankungen eine recht üble Komplikation. In Folge dieser anhaftenden Mängel ist die Heilung verhältnismäßig oft durch Fieber gestört. O. berechnet für sie eine Mortalität von 6,7%. Will man sie anwenden, so bedarf jedenfalls die fibröse Kapsel vor der Naht einer sehr genauen Revision, damit keinerlei Blasen- und Parasitenreste zurückgelassen werden. Auch die Behandlung ihrer Innenfläche mit Formalin, Sublimat u. dgl. ist zu erwägen. Die ganze Leber und namentlich die Nachbarschaft der Operationsgegend ist auf noch außer der entfernten vorhandene Cysten sorgfältig abzusuchen. Über weiter erforderliche Operationsmodifikationen will O. später berichten.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

7) M. Einhorn. Remarks on enteroptosis.

(New York med. record 1901. April 13.)

E. giebt nach einer Übersicht über Ätiologie, Symptomatologie, Diagnose und Behandlung der Enteroptose 2 Tabellen aus seiner Praxis, aus denen die übergroße Häufigkeit dieser »Glenard«'schen Krankheit hervorgehen soll. Die 1. Tafel zeigt die verschiedenen Arten von Splanchnoptosis (Enteroptosis, Hepatoptosis, Gastroptosis, Splenoptosis, Nephroptosis und ihre relative Häufigkeit bei beiden Geschlechtern. In der 2. Tafel werden die relativen Zahlen für die Wanderniere, besonders der Grad der Beweglichkeit und die Häufigkeit der rechten, linken oder beider Seiten festgestellt. Unter 1912 in 11 Monaten behandelten Kranken fand E. 282mal Wanderniere, davon ca. 77% rechts, 2 links und 20 auf beiden Seiten; davon wurden bei Männern 39mal die rechte und 3mal beide Nieren in diesem Zustande befunden; alle übrigen Pat. waren Frauen.

Loewenhardt (Breslau).

Kleinere Mittheilungen.

8) Vom XI. polnischen Chirurgenkongress. Krakau, Juli 1901.

Die Verhandlungen des Kongresses wurden durch ein ausführliches Referat von Kučera (Lemberg) über die Ätiologie des Carcinoms eingeleitet. Berichterstatter bespricht das genannte Thema auf Grund mikroskopischer Studien und der einschlägigen Litteratur. Besonders eingehend wird die Frage der parasitären Natur der Carcinome behandelt. Bezüglich derselben konstatirt Vortr., dass bisher kein Carcinomparasit den Nachuntersuchungen Stand gehalten hat, und dass überhaupt Gründe zur Annahme eines Parasiten nicht vorliegen. In der Diskussion spricht sich Browicz (Krakau) entschieden gegen die parasitären Hypothesen aus, da dieselben jedweder histologischen und experimentellen Begründung entbehren. — Im ähnlichen Sinne äußert sich Rosner (Krakau) unter Berufung auf die Genese der bösartigen Deciduome. — Klecki (Krakau) meint, es werde vielleicht gelingen, auf dem Wege der Untersuchungen über Cytotoxine der Lösung der Frage näher zu rücken.

Ruff (Lemberg): Über den Zusammenhang zwischen Trauma und Entstehung von bösartigen Geschwülsten.

Unter 242 Geschwulstfällen aus Rydygier's Klinik fand R. insgesammt 10 Fälle (= 4,1%), bei denen mit hoher Wahrscheinlichkeit die Entstehung der Geschwulst auf ein vorausgegangenes Trauma zurückzuführen war. Vortr. zieht aus diesen Fällen den Schluss, dass in einer gewissen (wenn auch nicht großen) Anzahl von Geschwulstbildungen, Trauma als direktes, ätiologisches Moment angenommen werden kann. — v. Barącz (Lemberg) und Bogdanik (Biala) treten an der Hand eigener Beobachtungen für einen indirekten Zusammenhang ein. Dem entgegen bezweifelt Wehr (Lemberg) einen kausalen Zusammenhang und schreibt die Hauptrolle für die Genese der Carcinome infektiösen Momenten zu.

Juras (Krakau): Über Arsenbehandlung der Krebse.

Vorstellung einer Reihe von Kranken aus Trzebicky's Abtheilung mit Hinweis auf das gänzliche Versagen der Czerny-Truneček'schen Methode. — Rydygier (Lemberg) und Chlumský (Krakau) haben ebenfalls stets nur Misserfolge zu sehen bekommen.

Kader (Krakau): Die Allgemeinnarkose.

Referirend erörtert K. verschiedene technische Fragen der Äther- und Chloroformnarkose, ihre Indikationen und Kontraindikationen und die zur Abwendung übler Zufälle nothwendigen Vorsichtsmaßregeln. Neues brachte der Vortrag nicht.

Ziembicki (Lemberg): Die Medullarnarkose.

Vortr. hat die Cocainisirung des Rückenmarks in 62 Fällen angewandt. In 13 Fällen versagte die Methode, und musste zum Chloroform gegriffen werden. Unliebsame Nebenwirkungen sah Z. nicht. Nicht unbedenklich erscheint dem Vortr. die nach subarachnoidaler Injektion manchmal beobachtete, durch Anwesenheit von Leukocyten bedingte Trübung der Spinalflüssigkeit.

Slęk (Lemberg): Die Sauerstoff-Chloroformnarkose.

Nach S. bietet H. Wohlgemuth's Methode vor der allgemein üblichen Chloroformnarkose keinerlei Vortheile. Vortr. erlebte bei derselben einen Todesfall.

v. Barącz: Über Äthylchloridnarkose.

Vortr. empfiehlt auf Grund von 33 Narkosen das Äthylchlorid für kurzdauernde Operationen. Der einzige Nachtheil sei das Fortbestehen der Muskelspannung.

Mieczkowski (Breslau): Über allgemeine Narkose und lokale Analgesie.

Vortr. schildert die an v. Mikulicz's Klinik geübte Methode der Äthernarkose. (1 Stunde vorher subkutane Injektion von 0,01 Morphium, nachher Narkose mit der Esmarch'schen Maske.) Unter 52 Fällen von Rückenmarkscocainisirung war die Anästhesirung in 24% unvollkommen. — Trzebicky verschließt sich nicht den Vortheilen, welche die Corning-Bier'sche Methode bietet; bevorzugt jedoch im Allgemeinen das Chloroform. Pruszyński (Warschau) bespricht den Einfluss der Chloroformnarkose auf die Nieren. Vortr. fordert vor jedem in Narkose auszuführenden Eingriff eine genaue Prüfung der Funktionsfähigkeit der Nieren. Czaplicki (Kielce) unterzieht die verschiedenen Narkotisirungsmethoden einer Kritik unter Berufung auf seine reichen in Kriegslazaretten gemachten Erfahrungen.

Frommer (Krakau): Knochenkohle als Ersatzmittel des Jodoforms.

F. kann auf Grund seiner bei Knochen- und Gelenktuberkulose angestellten Versuche die Vortheile, die A. Fränkel der Knochenkohle nachrühmt, nicht bestätigen. Vortr. sah in vielen Fällen eine ausgesprochene Verschlimmerung des lokalen Zustandes.

Oderfeld (Warschau): Ein Fall von Gumma des Gehirns.

Der Kranke, ein 38jähriger Mann, wies Symptome Jackson'scher Epilepsie auf. Trepanation. In der motorischen Zone nichts Abnormes. Tod. Sektionsbefund: Gumma im rechten Stirnlappen.

Trzebicky: Die Behandlung tuberkulöser Halslymphome.

Vortr. ist mit den Erfolgen der operativen Therapie nicht besonders zufrieden. Unter 800 Lymphomoperationen aus dem Material Obaliński's und T.'s konnte in 165 Fällen das Dauerresultat (mindestens 3 Jahre nach der Operation) festgestellt werden. Recidivfrei sind bis jetzt nur 85 Fälle.

Rydygier: Zur operativen Behandlung der Aneurysmen der Anonyma.

Vortr. hat in einem Falle von Subclaviaaneurysma folgende Methode angewandt und empfiehlt dieselbe für Aneurysmen der Anonyma. Schnitt linkerseits am Innenrand des M. sterno-cleido-mastoideus in dessen unterem Drittel gegen unten, über dem Sterno-Claviculargelenk bis zum unteren Rande des 1. linken Rippenknorpels, quer über das Manubrium sterni gegen außen vom 1. rechten Rippenknorpel, von da ab hinauf längs dem Außenrande des rechten M. sternocleido-mastoideus. In dieser Schnittlinie Resektion des Manubrium, des inneren

Drittels der 1. rechten Rippe und desselben Theiles des rechten Schlüsselbeines. Durch Emporklappung des Lappens wird der Aneurysmasack breit freigelegt.

Trzebicky demonstrirt einen Fall von Resektion des Manubrium sterni wegen Enchondrom.

Wehr: Über die Unterbindung der Kranzarterien des Herzens.

Vortr. unterzog zunächst die praktisch wichtige Frage der Anastomosen der Coronararterien einer experimentellen Prüfung. Er enthält sich vorläufig eines definitiven Ausspruches, da die Versuchsreihe noch nicht abgeschlossen ist. Es scheinen jedoch — nach W.'s und Burzyński's (Lemberg) Untersuchungen — stärkere Anastomosen nicht zu bestehen.

Slęk: Die operative Behandlung der Glénard'schen Krankheit.

Mittheilung über 2 Fälle von Enteroptose, in welchen die Beschwerden durch Gastropexie bezw. Gastropexie, Hepatopexie und Ventrofixatio uteri prompt beseitigt wurden.

Oderfeld: Zur Chirurgie der Gallenblase.

Vortr. berichtet über 2 Fälle, in welchen der Zugang zur erkrankten Gallenblase durch eine bedeutende Vergrößerung des rechten Leberlappens erschwert war. O. bahnte sich den Weg im 1. Falle (Cholelithiasis) durch Resektion des Lappens, im 2. (Empyem) mittels Thermokauters direkt durch den Lappen.

Bossowski (Krakau) berichtet über 2 operativ behandelte Fälle von primärem Lebersarkom.

Jasiński (Lemberg): Zur Splenektomie.

Vortr. stellt einen Pat. vor, bei welchem Rydygier die hypertrophische Malariamilz exstirpirte. Es trat wesentliche Besserung ein. Im Anschluss bespricht J. die verschiedenen, durch Blutuntersuchung nach Splenektomien erhobenen Befunde.

Klęsk (Krakau) spricht über einen Fall von mit Lebercirrhose kombinirter Milzhypertrophie, in welchem Kader die Splenektomie vornahm. Tod an Pneumonie. — Rydygier verlor 2 seiner Fälle von Milzexstirpation bei Leukämie an Nachblutungen aus der Bauchdeckenwunde.

A. Zawadzki (Warschau): Zur Kasuistik der Schussverletzungen des Magens.

Mittheilung über einen einschlägigen, nichts Bemerkenswerthes darbietenden Fall.

Czaplicki (Lemberg): Zur Atropinbehandlung des Ileus.

Auf Grund von Thierversuchen und klinischen Beobachtungen möchte Vortr. das Atropin nur für Fälle von dynamischem oder Obturationsileus empfehlen.

Kader: Zur Jejunostomie.

In Fällen von Gastroenterostomie, wo es dringend angezeigt ist, eine ergiebige Ernährung des Pat. sofort post operat. einzuleiten, macht Vortr. eine temporäre Jejunostomie. Letztere führt K. nach dem Princip seiner Modifikation der Witzel'schen Gastrostomie aus.

Rutkowski (Krakau) bemerkt hierzu, dass ihn schon früher dieselben Gründe zur Angabe einer Kombination der Gastroenterostomie mit einer Gastrostomie leiteten. Seine sog. externe Gastroenterostomie hat sich in mehreren Fällen als sehr gut bewährt. K.'s Methode der Jejunostomie sei nicht neu, da Obaliński schon vor Jahren auf ähnliche Weise vorging; dieselbe erwies sich als unpraktisch.

Rydygier: Die operative Behandlung bösartiger Geschwülste der Flexura sigmoidea.

Als Voroperation legt R. in der Medianlinie einen Kunstafter am Colon transversum an, wobei durch S-förmige Lagerung des Colons eine Art Siphon gebildet wird. Es wird dadurch für freie Entleerung des Darminhalts und einen Schutz

der Naht an der Flexur gesorgt. Nach ca. 14 Tagen folgt die definitive Operation (Exstirpation der Flexur).

Herman (Lemberg): Zur Pathologie und Therapie der Scolecoiditis.

Vortr. schlägt folgende Eintheilung vor: I. Scolecoid. acuta: a. simplex; b. Periscolecoid. sero-fibrinosa; c. Periscolecoid. purulenta: α. saccata, β. progrediens; d. Scolecoid. cum Peritonitide diffusa: α. sero-purulenta, β. septica. II. Scolecoid. chronica: a. remittens; b. recurrens. III. Scolecoid. larvata.

Seinen Standpunkt bezüglich der Therapie präcisirt H. dahin, dass in akuten Fällen bei Eintritt von Eiterung oder diffuser Peritonitis ein operativer Eingriff sofort in Aussicht genommen werden soll. Es sei rathsam, sich dabei auf eine einfache Incision des Abscesses zu beschränken. Recidivirende Fälle sind principiell (womöglich im freien Intervall) radikal zu operiren.

Bossowski: Zur Therapie der Douglasabscesse bei Appendicitis.

B. warnt eindringlich vor der Spaltung dieser Abscesse vom Mastdarme aus und empfiehlt den abdominalen extraperitonealen Weg.

Kryński (Krakau) verbreitet sich über den Kausalzusammenhang zwischen rechtsseitiger Wanderniere und chronischer Appendicitis. — Rosner spricht über Komplikation der Gravidität mit Appendicitis, wobei er betont, dass in diesen Fällen ein radikaler Eingriff grundsätzlich indicirt sei. — Löwenstein macht Mittheilung über einige interessante Appendicitisfälle, die er unter den denkbar schwierigsten äußeren Verhältnissen der Landpraxis operativ zur Heilung brachte. — Trzebicky richtet sich bei der Appendicitisbehandlung nach dem Verhalten des Pulses. Puls über 100 sei Indikation zum Operiren.

Rydygier: Die operative Behandlung der Mastdarmgeschwülste.

Die Mittheilungen beziehen sich hauptsächlich auf das Carcinom. Vortr. ist in der Indikationsstellung weitgehend, operirt stets nach seiner Methode mit Resektion des Kreuzbeins, eröffnet das Bauchfell, löst den Mastdarm extrafascial aus und versorgt die Darmenden nach der Hochenegg'schen Durchziehmethode. — Rutkowski hat mit gutem Erfolg ein abdomino-sacrales Verfahren angewandt.

Chlumský: Zur Behandlung gangränöser Hernien.

Bericht über einen Fall von gangränöser Inguinalhernie, in welchem Vortr. nach Helferich's Methode vorging. Die Enteroanastomose wurde mit einem resorbirbaren Magnesiumknopf hergestellt.

Bossowski: Operative Eingriffe bei Megacolon congenitum.

Es wird für diese Fälle die Ileo-Rectostomie empfohlen.

v. Barącz: Über Lumbalhernien.

B. giebt unter Herbeiziehung von Zeichnungen und Photographien 4 selbstbeobachteter Fälle eine kurze Übersicht über die Ätiologie und Anatomie dieser Hernien. Interessant ist der Umstand, dass B.'s Fälle 2mal mit Spondylitis und 1mal mit einer Skoliose komplicirt waren.

Bogdanik bespricht die konservativen Myomoperationen unter Demonstration entsprechender Präparate.

Rydygier stellt einen Fall von Resektion der Harnblase (Tuberkulose) vor.

Gelegentlich eines kurzen Berichtes über 2 Fälle von Tuberkulose der Prostata empfiehlt R. von Neuem bei Hypertrophie eine intrakapsuläre Ausräumung der Prostata vorzunehmen.

Chlumský stellt ein 12jähriges Mädchen mit gelungener Reposition (nach Paci-Lorenz) einer angeborenen Hüftluxation vor.

Kirkor (Krakau) theilt die Resultate seiner mit dem Photohämotachometer angestellten Untersuchungen über den Mechanismus der Nachblutungen nach operativen Eingriffen an Muskeln mit.



Wehr demonstrirt einen neuen Nothverband. Die eigenartige Verpackung verhütet eine Verunreinigung des Verbandes beim Anlegen desselben mit nicht-desinficirten Händen. — Im Anschluss an diese Demonstration bespricht Obfidowicz (Jaroslau) die in den Armeen gegenwärtig gebräuchlichen Modelle der Verbandpäckchen. Nach Ansicht O.'s bedeutet der Wehr'sche Verband einen wesentlichen Fortschritt und verdient derselbe eine allgemeine Einführung.

R. Urbanik (Krakau).

---

9) Sanitätsbericht über die Kgl. Preuß. Armee, das XII. (Kgl. Sächsische) und das XIII. (Kgl. Württembergische) Armeekorps für den Berichtszeitraum vom 1. Oktober 1897 bis 30. September 1898. Bearbeitet von der Medicinal-Abtheilung des Kgl. Preuß. Kriegsministeriums.

Berlin, **Mittler & Sohn,** 1901. IV. 192 S. und 165 S. Tabellen.

Dem »Sanitäts-Bericht« hat, wie stets, auch im Jahr 1897/98 eine ungeheure Zahl von Einzel-Erkrankungen zu Grunde gelegen, nämlich 351179. Da die Kopfstärke des Heeres durchschnittlich 514538 Mann betrug, so ist die relative Krankheitsziffer 682,5‰, während sie 1881/82 bis 1885/86 noch 899‰ betrug. Die Sterblichkeit ist in demselben Zeitraum von 4,1‰ auf 2,2‰ zurückgegangen. Dabei ist noch zu bedenken, dass hier alle Erkrankungsfälle mitgezählt sind, ja dass die leichteren, »im Revier« behandelten mit 218897 gegen 139070 im Lazarett behandelte erheblich zahlreicher sind.

Von den Allgemein-Erkrankungen würde die Diphterie unser Interesse erregen, wenn sie in größerer Verbreitung aufgetreten wäre als es thatsächlich der Fall war. Die 265 Behandelten vertheilen sich so, dass eigentliche Epidemien nur sehr beschränkt aufgetreten sind. Die Serum-Behandlung scheint einen bedeutenden Fortschritt in der Therapie dieser Krankheit zu bedeuten, indem auch hier wie anderwärts ein entschiedener Rückschritt in der Todesrate von 5,8 bis 6,1% in der früheren Zeit auf 2,3% im Berichtsjahre zu bemerken ist; und zwar erfolgte dieser Rückschritt plötzlich in dem Jahre der ausgedehnteren Anwendung des Serums.

Unter den Wundkrankheiten nimmt die Rose mit 512 Zugängen einen erheblichen Platz ein, da andere Wundinfektionskrankheiten nur 42mal und Karbunkel nur 28mal vertreten sind. Wichtigere Neuerungen hinsichtlich der Behandlung sind nicht zu erwähnen. — Septhämie und Pyämie treten wieder, wie meist auch früher, gern zu scheinbar unbeträchtlichen Erkrankungen hinzu, z. B. zu Furunkeln, einmal auch zu Zahncaries, so wie einmal zu einer Mandelentzündung. Meist erfolgte tödlicher Ausgang, in 26 von den 43 Fällen gleich 60,5%. Zuweilen wurden bei örtlichen Herden operative Eingriffe nöthig. Im Blut und Eiter konnten entweder Streptokokken oder Staphylokokken nachgewiesen werden. — Von 5 behandelten Tetanus-Kranken starben 2 trotz Antitoxin, 3 genasen, wovon 1 mit Antitoxin behandelt war, nach Ansicht des Beobachters aber auch ohne dasselbe genesen wäre, da die Krankheit milde auftrat. Stets ließen sich kleine äußere Wunden als Eingangspforte nachweisen.

Von örtlicher Tuberkulose finden sich nicht wenig Fälle; es wurden behandelt an:

Tuberkulose des	Bauchfelles	6	mit	3	Todesfällen	= 50 %
»	der Harn- u. Geschlechtsorgane	15	»	1	»	= 6,6 %
»	» anderen Unterleibsorgane	1	»	1	»	= 100 %
»	» Knochen und Gelenke	49	»	6	»	= 12,3 %
»	» Haut	3	»	0	»	= 0 %
»	» Lymphdrüsen	14	»	1	»	= 7,1 %

Auch für die Tuberkelbacillen ließ sich zuweilen ein kleiner Gewebsverlust der Haut als wahrscheinliche Eingangspforte nachweisen. Bei einer Nierentuberkulose wurde die rechte Niere entfernt; es waren auch Blase und Prostata erkrankt.

Während des Heilungsverlaufes brach ein Abscess in der Gegend der Prostata in den Mastdarm durch, es bildete sich eine Blasen-Mastdarmfistel aus. Einmal wurden bei Nierentuberkulose Bacillen im Harn gefunden.

Dass unter den bösartigen Geschwülsten die Sarkome überwiegen, kann bei dem jugendlichen Alter des Soldaten nicht Wunder nehmen; es wird über 21 Sarkome, 4 Krebse und 1 Myom berichtet. Einige der Sarkome werden auf Traumen zurückgeführt.

Der Brustschnitt wurde im Berichtsjahre 78mal ausgeführt, und zwar in der überwiegenden Mehrzahl, nämlich 74mal, mit Rippenresektion. Wurde durch Punktion das Vorhandensein von Eiter nachgewiesen, so wurde stets sofort zur Operation geschritten. 52mal hat ein metapneumonisches Empyem vorgelegen, mit 9,6% Sterblichkeit; 21mal mit 14,3% Sterblichkeit war das Empyem idiopathisch entstanden. In beiden Gruppen war die Sterblichkeit sehr viel höher, wenn spät operirt wurde. Auch in der letzten Gruppe nach Schede, Operation bei sekundärem und metastatischem Empyem, war die Sterblichkeit verhältnismäßig niedrig, 20%.

Es ist nicht nur eine genauere Beschreibung einzelner Fälle in der Operationsliste, sondern auch eine Weiterführung der Liste Schede's beigefügt. Einige der Operirten konnten alsbald als dienstfähig zur Truppe entlassen werden, während die Mehrzahl invalidisirt werden musste. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug für die ersten beiden Gruppen 111, für die letzte Gruppe 124 Tage. Einmal wurde die Thorakoplastik gemacht, Anfangs mit Erfolg, doch erlag der Kranke später der sich entwickelnden Lungentuberkulose.

Die operative Entfernung plötzlich erheblich wachsender und Beschwerden verursachender Kropfgeschwülste wurde 2mal mit Erhaltung der Dienstfähigkeit vorgenommen. Die Behandlung des Kropfes mit Thyreoidin wurde mehrfach versucht, meist aber ohne, nur 2mal mit befriedigendem Erfolg.

Von den verschiedenen Behandlungsmethoden des Wasserbruchs hatte nur die Radikaloperation stets dauernden günstigen Erfolg.

Von den 12 eingeklemmten Brüchen, welche in Zugang kamen, gelang in 4 Fällen noch die Taxis, während 8mal die blutige Operation nöthig wurde; darunter lag 2mal Bauchbruch vor. Nur 2mal musste Invalidität anerkannt werden, während die übrigen 6 Operirten dem Dienst erhalten blieben.

Meist konnte innere Einklemmung (13 Fälle) durch hohe Eingüsse beseitigt werden, doch trat 3mal Tod ein, wo alte Verlöthungen und Bindegewebsstränge, einmal auch Achsendrehung die Einklemmung veranlasst hatten. In einem vierten Falle der ersteren Art gelang die Erhaltung des Lebens, aber nicht der Dienstfähigkeit, durch Eröffnung der Bauchhöhle in der Mittellinie und Trennung der zahlreichen Verwachsungen.

Unter der Rubrik Darm- und Blinddarmentzündung sind 718 Kranke in Zugang gebracht bei Bestand von 60 Kranken aus dem Vorjahre. Über die innerliche Behandlung derselben ist Neues nicht zu erwähnen, 17 Kranke mussten operirt werden. Es lagen die verschiedensten Verhältnisse vor, 5 Operirte starben, die übrigen wurden geheilt, 3 unter Erhaltung der Dienstfähigkeit. Von den nicht operirten Kranken starben noch 11. Bemerkenswerth ist, dass nur in je einem Falle Kothsteine und Kothballen bei Sektion und Operation gefunden wurden.

69 Kranke sind in Rubrik: Bauchfellentzündung und Ausgänge in Zugang gestellt. Als Ursache werden besonders Verletzungen, aber auch Durchbruch von Magengeschwüren u. dgl. angegeben. Einmal hatte sich allgemeine eitrige Bauchfellentzündung an eine Blinddarmentzündung angeschlossen, und es erfolgte Heilung mit erhaltener Dienstfähigkeit nach Spontandurchbruch in die Blase. 4mal mit 1 Todesfalle wurde der Bauchschnitt gemacht.

Der schon in den letzten Jahren bemerkbare Rückgang der venerischen Erkrankungen hat auch im Berichtsjahre angehalten, indem im vorigen Jahre noch 21,9‰, jetzt nur 21,0‰ der Kopfstärke erkrankten; im Zeitraum von 1891 bis 1896 waren noch 29,1‰ venerisch erkrankt. Ein Vergleich mit den Armeen

anderer Länder fällt, wie die beigegebene Tabelle ersichtlich macht, sehr zu Gunsten der deutschen Armee aus, doch ist auch bei ersteren ein Rückgang vorhanden. Die Trippererkrankungen sind weitaus überwiegend, indem sie 64,3‰ des Gesammtzuganges an venerischen Krankheiten ausmachen, während nur 14,9‰ auf weichen Schanker und Bubo, 20,8‰ auf konstitutionelle Syphilis kamen. Beim Tripper wurde vielfach Protargol und Argonin angewendet, ohne dass aber die Erfolge durchweg den gehegten Erwartungen entsprochen hätten. Die Janet'schen Spülungen mit hypermangansaurem Kali oder Borsäure scheinen mehr Anklang gefunden zu haben, doch nur bis zum Verschwinden der Gonokokken, nach welchem Tannin oder Zincum sulfocarbolicum bessere Dienste thaten. Ausschneiden des harten Schankergeschwürs war stets vergeblich.

An dem allgemeinen Rückgang der Erkrankungsziffern haben die Ohrenkrankheiten nicht theilgenommen, indem sie jetzt 11,5‰, 1881/82 dagegen 10,9, 1896/97 12,0‰ der Kopfstärke befielen. Eine längere Betrachtung ist der Zerreißung des Trommelfells gewidmet, welche am häufigsten durch Ohrfeigen bei Balgereien, dann aber durch den Kopfsprung beim Baden verursacht werden. Als prophylaktische Maßregel wird daher empfohlen, beim Baden Bausche unentfetteter Watte in den Gehörgängen tragen zu lassen, eine Maßregel, die sich durch die Seltenheit der Risse bei den solche Bäusche tragenden Artilleristen als wirksam gezeigt hat. Ref. bemerkt hierzu, dass die Artilleristen auch dahin instruirt werden, beim Schießen den Mund aufzumachen, um die Schwingungen der äußeren Luft gleichmäßig von innen und außen auf das Trommelfell einwirken zu lassen. Vielleicht ist diese Vorsichtsmaßregel wirksamer als die oben genannte. Einfacher Verschluss des Gehörganges mit Watte wird als die beste Behandlung der Trommelfellzerreißung angesehen, von den früher beliebten Ausspritzungen wird jetzt allseitig abgesehen. — In 27 Fällen wurde die Aufmeißelung des Warzenfortsatzes wegen Mittelohreiterung gemacht, mit nur 1 Todesfall an Hirnhautentzündung und 16 Ausgängen in Dienstfähigkeit. In 1 weiteren Falle ging schließlich der Process noch weiter und musste die Radikaloperation folgen, welche aber den Tod nicht mehr aufhalten konnte. Der einzige weitere Fall, in welchem die Radikaloperation nach Stacke ausgeführt wurde und gleich von vorn herein in Aussicht genommen war, führte zur Heilung mit Dienstfähigkeit.

Ganz außerordentlich ist die Zahl der Erkrankungen der äußeren Bedeckungen, welche absolut 89403 beträgt und 173‰ der Kopfstärke ausmacht. Lupus und tuberkulöses Hautgeschwür wurden mehrmals beobachtet und die Behandlung mit dem Paquelin meist nicht von dauerndem Erfolg befunden. Zurückgegangen ist wohl in Folge der sorgfältigeren Hautpflege die Zahl der Panaritien, deren frühzeitige Eröffnung sich für die Erhaltung der Dienstfähigkeit und die Behandlangsdauer von gleich günstigem Einflusse zeigte. Das Anästhesirungsverfahren nach Oberst wurde im Allgemeinen dem Schleich-schen vorgezogen; auch Äthylchlorid fand viele Freunde. Nicht selten wurden vor der Eröffnung im Lazarett Salzwedel'sche Spiritusverbände mit Vortheil im Revier angewendet, wie sich dieselben auch in der Behandlung der Zellgewebsentzündungen im Beginn durchaus bewährt haben. Häufig konnte völliger Rückgang der Entzündung damit erreicht werden, besonders bei nicht zu tief unter Muskelschichten gelegenen Herden. Aber auch, wo dieser günstigste Erfolg ausblieb, begrenzten sich die Eiterherde rasch und konnte der unentbehrliche Einschnitt klein bleiben. — 4mal wurden Abscesse im perirenalen Zellgewebe eröffnet, nur 1mal mit ungünstigem Ausgang. Durch frühzeitige Einschnitte wurden stets, auch wenn Eiter nicht nachweisbar war, die bedrohlichen Erscheinungen bei der tiefen Zellgewebsentzündung des Halses (Angina Ludovici) rasch beseitigt.

Für Entstehung von Osteomyelitis macht ein Beobachter wiederholte Zerrungen von Muskeln an ihren Knochenansätzen verantwortlich, indem er annimmt, dass an den gezerrten Stellen die Ansiedelung vorhandener Eitererreger begünstigt werde.

Unter dem Begriff des neu eingeführten Krankheitsbildes: »Fußgeschwulst« wollen die Verff. des Sanitätsberichtes eine schmerzhafte Anschwellung des Mittelfußes verstanden wissen unter Ausschaltung von Zellgewebsentzündungen, rheumatischen und tuberkulösen Erkrankungen. Somit wären darunter dreierlei Krankheitszustände unterzubringen: Entzündung des Bandapparates, besonders im Lisfranc'schen Gelenk, Entzündung der Knochenhaut mit Ausschwitzungen in dieselbe, so wie krankhafte Veränderungen der Knorpel und Knochen, unter welchen bekanntlich namentlich die Brüche der Mittelfußknochen Bedeutung erlangt haben und mittels der X-Strahlen frisch oder später durch Callusbildung etc. erkennbar sind.

Auch in diesem Berichtsjahre wurde wiederum eine Sehnenzerreißung, diesmal des langen Beugemuskels statt des langen Streckmuskels des linken Daumens als Veranlassung des als Trommlerlähmung bezeichneten Symptomen-Komplexes beobachtet. — Exercir- und Reitknochen kamen diesmal in großer Zahl, 24, zur Kenntnis, mehrmals wurde deren Ausschälung mit gutem Erfolg vorgenommen. Man fand, dass die Knochenneubildung keineswegs stets von Kochenhautfetzen ausgehe, sondern auch von dem intermuskulären Bindegewebe unter Betheiligung von Blutergüssen.

Aus der Gruppe der mechanischen Verletzungen mit 71 600 Zugängen heben wir zunächst hervor die durch Quetschung der Brust und des Unterleibes bewirkten Zerreißungen innerer Organe, unter welchen ein kleiner Einriss der linken Herzkammer nebst 4 cm langem Riss in der Scheidewand der Herzkammern durch Hufschlag sofort zum Tode führte. 2mal wurde bei Leber-, 1mal bei Milzzerreißung die Bauchhöhle eröffnet, nur bei einer der ersteren wurde das Leben erhalten; dabei war die Leberwunde tamponirt und eine Kochsalzinfusion gemacht worden. Ebenfalls durch Hufschlag oder durch Quetschung des Leibes beim Überschlagen des Pferdes entstandene Darmzerreißungen wurden in 3 Fällen Veranlassung zum Bauchschnitt, nur 1mal mit Ausgang in Genesung; in diesem Fall waren die im Dünndarm aufgefundenen 2 Risse genäht worden. — Verhältnismäßig häufig kam es zu Nierenzerreißung, und zwar 3mal durch Fall, 1mal durch Stoß beim Fechten, 7mal durch Hufschlag. Die Blutbeimengung zum Harn war oft sehr erheblich, oft trat Fieber, 2mal Brustfellentzündung hinzu. In allen 11 Fällen kam es ohne Eingriff zur Heilung, 7mal sogar mit Erhaltung der Dienstfähigkeit.

Von den mit Knochenbrüchen Zugegangenen und im Bestand Übernommenen sind gestorben 19 = 0,82%, dienstfähig 1486 = 64,4%, anderweitig entlassen 494 = 21,4%. Die 2089 neuen Knochenbrüche vertheilen sich auf die einzelnen Knochen wie folgt:

Oberarm	43	gestorben	0	=	0 %
Unterarm	270	»	0	=	0 %
Hand	234	»	0	=	0 %
Oberschenkel	59	»	1	=	1,7%
Unterschenkel	507	»	0	=	0 %
Fuß	521	»	0	=	0 %
Kopf	165	»	18	=	10,9%
Schlüsselbein	193	»	0	=	0 %
Schulterblatt	12	»	0	=	0 %
Rippen	69	»	0	=	0 %
Wirbel	4	»	0	=	0 %
Becken	12	»	0	=	0 %

Absprengungen der Kondylen des Oberarms führten 4mal zu operativer Entfernung, 1mal auch die Absprengung des Trochanter major. — Durch Fall auf die Hand kam ein Bruch im oberen Drittel der Elle mit Verrenkung des Capitulum Radii zu Stande. — Querbrüche der Kniescheibe pflegten unter Heftpflasterschienen- oder Gipsverbänden knöchern oder fibrinös zu verheilen ohne wesentliche Funktionsstörung. Nur 1mal wurde die sekundäre Knochennaht nöthig bei einem veralteten Bruch mit 3,25 cm Abstand der Bruchstücke

von einander; dabei fand sich noch ein 1,5 : 0,5 cm großes abgesprengtes Knochenstückchen zwischen den Bruchstücken.

Auf die Wichtigkeit der baldigen Massage wird allseitig aufmerksam gemacht; Aspiration von Blutergüssen wird nicht erwähnt. — Bei Unterschenkelbrüchen sind Gehverbände nicht selten und mit gutem Erfolg angewendet worden; es herrscht aber keine Einigkeit hinsichtlich des Zeitpunktes ihrer Anlegung. — Unter den Schädelbrüchen befinden sich Brüche des

Schädeldaches 27, davon	einfache	4,	gestorben	3
	offene	23,	»	1
Schädelgrundes 23, davon	einfache	19,	»	7
	offene	4,	»	3
				14 = 28%.

Der ausnehmend günstige Verlauf der offenen Brüche des Schädeldaches mit nur 4,3% Todesfällen ist dem frühzeitigen operativen Eingreifen zuzuschreiben, wobei sich einmal ein Haarbüschel, einmal ein erbsengroßes Stück Tuch der Mütze auf der Dura fanden.

Von den 604 Verrenkungen hatten ihren Sitz an den oberen Gliedmaßen 519, an den unteren 77, an anderen Gelenken 8. Von seltenen Verrenkungen sind zu erwähnen: 1 Luxatio erecta humeri, 1 Verrenkung der Hand nach hinten neben 3 nach vorn, 1 des Unterschenkels nach vorn, 1 nach außen, 1 des Fußes nach hinten mit Bruch des äußeren Knöchels, 1 des Sprungbeinkopfes nach oben und innen auf das etwas verdrängte Naviculare (Röntgenbild), 1 der rechten 2. Zehe sohlenwärts unter das Köpfchen des Mittelfußknochens; 1 der Mittelfußknochen im Lisfranc'schen Gelenk nach oben. Letztere Verrenkung war beim Sturz mit dem Pferde durch Hängenbleiben im Bügel entstanden; ihre Einrichtung gelang nicht, ein blutiger Eingriff wurde abgelehnt, doch hinderte die zurückgebliebene Hohlfußbildung den Mann nicht, als Unterofficier bei der Feldartillerie weiter zu dienen. Endlich ist noch bemerkenswerth, dass die Kniescheibe einmal senkrecht auf die Kante gestellt war. Heftige Beschwerden nach einer Verrenkung des Steißbeines nach vorn nöthigten zur blutigen Entfernung desselben.

Die Anzahl der Schussverletzungen ist auch in diesem Jahre erheblich, 372, wovon 133 mit 50% Sterblichkeit den Kopf, 44 mit 42% Sterblichkeit die Brust, 4 mit 50% Sterblichkeit den Unterleib und 191 ohne Todesfall die Gliedmaßen betrafen.

Eine beigegebene Tabelle weist nach, wie sich diese zahlreichen Verwundungen auf die verschiedenen Arten von Geschossen vertheilen, giebt auch Auskunft über den Ausgang. Auch in diesem Jahre finden wir, dass Platzpatronen tödliche Verwundungen an Kopf, Brust oder Unterleib veranlassen können, ja dass auch mit Schrot- und Wasserladungen Selbstmörder ihr Ziel zu erreichen vermögen. Dass die mit selbstmörderischer Absicht aus nächster Nähe abgegebenen Schüsse überhaupt den größten Antheil an der Todesrate haben, ist selbstverständlich. Weit mehr interessiren uns die Schussverletzungen durch scharfe Patronen. Unter den 36 des Kopfes und Halses mit Gewehr- und Karabinergeschossen befinden sich nur 3 durch Unglücksfall, wovon 1 Haarseilschuss aus 3 m Entfernung in kurzer Zeit ohne Eiterung heilte. Die beiden anderen, aus 150 und 200 m hatten sehr raschen Tod zur Folge; beide Mal war das Geschoss quer durch den Schädel gegangen, hatte bei dem aus 150 m getroffenen Mann das Schädeldach mit Weichtheilen größtentheils abgehoben und zertrümmert. Weniger erheblich waren die Zerstörungen bei dem aus 200 m getroffenen Mann: Einschuss linkes Schläfenbein, erbsengroß, rundlich, im Knochen oval, scharfrandig, Ausschuss rechtes Schläfenbein, in der Haut fünfpfennigstückgroß, unregelmäßig, mit zackigen Rändern, im Knochen gleichfalls unregelmäßig, etwas größer; von beiden Knochenöffnungen gehen verschiedene Sprünge aus. An der Grundfläche des Gehirns verläuft wagerecht eine grabenartige Rinne, links am tiefsten, auch Zermalmung des linken Schläfenlappens, Zerreißung der Art. basilaris, des linken Riech- und Sehnerven, Zerstörung des rechten großen Keilbeinflügels, Abreißung des Türkensattels. Sehr groß sind in den anderen, aus nächster Nähe

abgegebenen Schüssen die Zertrümmerungen des Schädeldaches und Hirns; ersteres war 1mal ganz abgerissen, 1mal waren Knochen- und Weichtheilfetzen bis auf 4 m Abstand fortgeschleudert. Sehr auffallend ist, dass sich bei einem Selbstmörder kein Ausschuss fand; leider wurde die Sektion nicht gestattet. — Bei den tödlich verlaufenen Brustschüssen trat der Tod meist sehr bald durch Zerreißung des Herzens und der großen Gefäße ein; unter den 4 Geheilten war bei einem sehr erhebliche Blutung aufgetreten, bei einem anderen brach ein Lungenabscess in die Luftröhre durch. Ein auf 200 m bei einem Fluchtversuch durch die linke Lunge geschossener Gefangener lief mit diesem Schuss noch weiter, bis er durch einen Schuss ins Knie niedergestreckt wurde; der Brustschuss hatte anfänglich starke Blutung, dann nur leichten Blutauswurf veranlasst und heilte in 3 Wochen. Der bei demselben Manne vorhandene Schuss durch den rechten Unterschenkel hatte den Schienbeinschaft zerschmettert; im Hautausschuss fanden sich mehrere Knochensplitter. — Dass die Revolver- und Pistolengeschosse geringere Durchschlagskraft entfalteten, immerhin aber oft genug den Tod herbeiführten, steht mit den allgemein gemachten Erfahrungen im Einklang.

Stichwunden durch die Lanze sind in 13 Fällen berichtet; nur 1 davon verlief tödlich, eine Bauchwunde, trotz sofort ausgeführtem Bauchschnitt und nochmaliger Eröffnung der Bauchhöhle, und zwar durch Verblutung. Auch die 3 vorgekommenen Pfählungen gingen in Heilung mit erhaltener Dienstfähigkeit aus. Mehrere Messerstichwunden waren mit Schlagaderverletzungen, 1 auch mit Durchtrennung des N. radialis verbunden; letzterer wurde genäht, erstere unterbunden. 1 durchbohrende Bauchwunde gab Veranlassung zum Bauchschnitt, ohne Erfolg, in einem anderen Falle wurde das vorgefallene Netz abgetragen, der Stumpf reponirt, Wunde genäht. Es erfolgte nach einigen Stunden Tod, und fanden sich je eine Wunde in Dünn- und Blinddarm und Bluterguss.

Aus den in der Operationsliste aufgeführten 271 Operationen heben wir hervor 9 Diaphysen-, 8 Gelenkresektionen, 24 Amputationen und 18 Exartikulationen, zusammen 59 Operationen an den Gliedmaßen mit 8 Todesfällen, d. h. 13,6% Sterblichkeit. Außerdem starb später noch ein im Schultergelenk Resecirter an Lungentuberkulose und ein wegen Sarkom im Hüftgelenk Exartikulirter wahrscheinlich an Recidiv. Die größte Sterblichkeit hatte die Exartikulation im Hüftgelenk mit 3 von 6 oder 50%, ungerechnet den oben angeführten später Gestorbenen. Von den übrigen Todesfällen kommen 1 auf Resektion des Hüftgelenks an Entkräftung und Amyloidniere, 1 auf Oberschenkelamputation wegen Sarkom (wahrscheinlich an Lungensarkom), 2 auf Oberschenkelamputationen wegen Zermalmung der Beine durch selbstmörderisches Überfahrenlassen von der Eisenbahn, 1 endlich auf Exartikulation der durch Huftritt gequetschten großen Zehe. Die 3 Unterarm-, 1 Oberarm-, 9 Unterschenkelamputationen hatten keinen Todesfall, während die Sterblichkeit der 9 Oberschenkelamputationen 33,3% betrug. Auch sonst bietet die Operationsliste im Einzelnen noch manches, was der Durchsicht lohnt, wie auch der ganze Bericht eines eingehenderen Studiums sowohl für den Chirurgen als den Internen werth ist. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

10) Schlick. Meine kriegschirurgischen Erfahrungen während der chinesischen Wirren im Juni bis Oktober 1900.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1901. August [Doppelheft].)

Unter dem deutschen Kontingent bei der Entsatzungstruppe des Admiral Seymour hatte S. 80 meist durch Gewehrschuss verursachte Verwundungen gesehen; die feindlichen chinesischen Truppen waren fast durchweg mit einem Kleinkalibergewehr ausgerüstet.

Unter den 8 Kopfschüssen befindet sich eine als »Luftstreifschuss« bezeichnete Verwundung, deren einzige objektive Zeichen stecknadelkopfgroße Blutergüsse in die Bindehaut des unteren linken Augapfels bildeten, während am 3. Tage noch subjektive Beschwerden in Gestalt von Kopfschmerz und Schwindelanfällen hinzutraten. Der Verletzte hatte eine unangenehme Druckempfindung, als sei ein Geschoss am linken Auge »vorbeigesaust«. Die meisten Chirurgen werden wohl Ref.



zustimmen, wenn er glaubt, dass es sich hier um eine leichte Kontusion des linken Auges durch mattes, wahrscheinlich indirektes Geschoss, und nicht um einen Luftstreifschuss gehandelt habe. Seitdem Ref. in der Schlacht an der Lisaine einem breitbeinig dastehenden Kanonier ein französisches 8pfündiges Armstronggeschoss zwischen den Beinen durchfliegen und sich bald darauf in die Erde bohren und explodiren sah, ohne dass auch nur die geringste unangenehme Empfindung, ganz geschweige eine Verletzung bemerkt worden wäre, glaubt er nicht mehr an Luftstreifschüsse. Von 3 Gesichtsschüssen hatten 2 den Verlust eines Auges zur Folge, während 1mal die Hornhautwunde sich schloss und der Augapfel sich trotz Verlustes der Linse wieder füllte. Einer der ersten Verwundeten war noch mindestens von 3 weiteren Geschossen im Gesicht getroffen, welche später durch Röntgenstrahlen im rechten Os petrosum, im Unterkiefer und im Kehlkopf aufgefunden wurden; das im Os petrosum ließ man stecken. 3 Schüsse durch Schädel und Hirn hatten sehr raschen Tod zur Folge, ohne dass ausgedehntere, explosionsartige Zertrümmerungen der Knochen und des Hirns vorhanden waren; Ein- und Ausschussöffnung waren klein, hatten glatte Ränder. Angeblich sollten 2 dieser tödlichen Verwundungen nur aus 200—250 m, eine etwa aus 800 m Entfernung beigebracht sein.

Unter den 6 Halswunden war 1 sogleich tödlich, 3 nach einiger Zeit. 1mal war die Carotis communis getroffen; es trat zwar starke arterielle Blutung mit Chokerscheinungen auf, allein durch Fingerdruck und Kompressionsverband konnte sie zum Stehen gebracht werden. Allmählich bildete sich ein Aneurysma, welches später ausgeschnitten wurde. Von 8 Schusswunden der Brust waren 7 penetrirend, 1 nicht. Nur 2mal trat Tod ein, und zwar lag 1mal eine Durchbohrung des Herzbeutels vor mit Hämoperikardium, 1mal war die Lunge durchbohrt, ein starker hämorrhagischer Erguss bildete sich aus und endete das Leben trotz 2maliger Punktion; hier war der Verlauf der blinden Schussrohre derartig, dass man auf eine Verletzung der Lungenwurzel schließen musste. Selbst dieser Schwerverletzte würde wohl haben gerettet werden können unter besseren Bedingungen, als sie der schwierige Rücktransport in höchst staubiger Luft zu bieten vermochte. Von den Genesenen behielt 1 leichte Herzbeschwerden; wahrscheinlich war hier der Herzbeutel gestreift. 1 Schussverletzung des Rückens durch Granatsplitter und eben solche der Bauchwand bieten nichts Besonderes, 1 Leberschuss heilte rasch, hinterließ aber Schmerz in der Leber, so dass sich in dieser vielleicht noch ein Abscess bildet oder Cirrhose entwickelt.

Von 18 = 22,5% Verwundungen der oberen Gliedmaßen entfallen auf die Schultern 3, den Oberarm 7, den Ellbogen 3, Unterarm und Hand 5. Häufiger waren die Verletzungen der unteren Glieder, nämlich 34 oder 42,5% der ganzen Reihe, von welcher die Gliedmaßenwunden überhaupt 52, d. h. 65% betrugen. 16mal war der Oberschenkel, darunter 2mal der Knochen getroffen, 3mal das Knie mit nur 1 Knochenwunde, welche einen tödlichen Ausgang nahm, 10mal der Unterschenkel mit 2 Schussbrüchen, 5mal endlich der Fuß mit 1 Schussbruch. Da auch unter den 18 Verwundungen der oberen Glieder nur 5mal Knochen getroffen war, nämlich 1mal Schulterblatt, 2mal Oberarm, 1mal Ellbogengelenk, 1mal Unterarm, so ergiebt dies für die oberen Glieder 27,7%, für die unteren 17,7%, im Ganzen für Gliedmaßenwunden 21,2% Knochenverletzungen. Es ist mithin noch nicht in einem Viertel aller Gliedmaßenwunden der Knochen getroffen worden, was sicher sehr bemerkenswerth ist. Auch waren größere Splitterungen, wie sie von anderen Beobachtern aus den jüngsten Kriegen der Kleinkaliberära beschrieben sind, höchst selten, selbst wenn die Verwundungen aus näheren Abständen, 200—250 m, gesetzt worden waren. Diese auffallende Abweichung glaubt Verf. dadurch erklären zu können, dass die Chinesen für ihre Patronen vielleicht zu wenig oder schlechtes Pulver verwendet haben. Eine ähnliche Muthmaßung ist ja bekanntlich auch für die durch spanische Mausergewehre bewirkten Verwundungen geäußert worden und könnte vielleicht begründet sein. Doch scheint dem Ref. die Zahl von 11 Schussbrüchen der Gliedmaßenknochen zu niedrig, um bestimmte Schlüsse zu ziehen, wenn auch immerhin davon Notiz zu nehmen ist. Doch sei schließlich zu

dieser Frage noch darauf hingewiesen, dass die Abschätzung der Entfernung, aus welcher eine Verwundung bewirkt ist, sehr unzuverlässig ist, und dass man zu dem umgekehrten Schluss aus der Geringfügigkeit der Zerstörung auf die Größe der Entfernung zwar sehr geneigt, aber nicht berechtigt ist. Sehr bedeutsam ist aber der Umstand, dass nur 2mal Blutung aus einem Gefäß bei Gliederwunden vorkam. 1mal war es Zerreißung der Arteria brachialis zugleich mit Schussbruch und Zerreißung der Hauptnerven. Durch den Zwang der äußeren Verhältnisse wurde bedingt, dass die zu provisorischer Blutstillung umgelegte Gummibinde 11 Stunden liegen blieb, ehe die Unterbindung in der Wunde erfolgte; ein Schaden erwuchs hieraus anscheinend nicht. In dem 2. Falle handelte es sich um ein kleineres Gefäß an der vorderen Seite des Oberschenkels. Außerdem spritzten noch 2 kleine Schlagadern bei Abnahme des Nothverbandes an einer Schulterwunde. Nehmen wir hierzu noch die schon erwähnte Verletzung der Arteria carotis communis, so haben wir im Ganzen 3 Primärblutungen und 1, welche man als intermediär zu bezeichnen haben würde, nur 3,75%.

Öfter trat Wundeiterung ein, meist an der Ausgangsöffnung, und wird dies theils durch die ungünstigen Transportverhältnisse, theils durch das Auftreten eines Staubsturmes während der Zeit der Expedition zu erklären sein. Von anderen Wundkrankheiten wird nur ein Tetanus erwähnt, welcher nach schon abgeschlossener eiterloser Heilung einer Weichtheilwunde des Unterarmes begann und rasch zum Tode führte.

Sofortigen Tod auf dem Schlachtfelde oder unmittelbar darauf führten im Ganzen 8 Schussverletzungen herbei, also im Verhältnis von 1 : 10, während sonst das Verhältnis viel höher zu sein pflegt. Und zwar waren es außer den schon erwähnten 4 Kopfverletzungen noch 4 Brust- und Unterleibswunden mit Verletzung der großen Gefäße. Nach längerer Zeit starben außerdem 7 = 8,75%, so dass unter 80 Schussverletzungen im Ganzen 15 oder 18,75% tödlich verliefen. Auch dies Ergebnis ist, zumal unter Berücksichtigung der schwierigen Verhältnisse, ein sehr günstiges zu nennen und spricht für die geringe Schwere der Verletzungen. Wir erfahren nicht, wie groß das ganze Detachement gewesen ist, und können das Verhältnis der Verwundungen zu der Kopfstärke daher nicht berechnen. Da die Deutschen noch mit 11 mm-Gewehren bewaffnet waren, konnte Verf. Vergleiche zwischen der Wirkung dieser und der Kleinkalibergeschosse anstellen und fand, dass die Zerschmetterung von Weichtheilen und Knochen der gefallenen Boxer oft eine furchtbare war.

Steckenbleiben von Geschossen war nicht selten, Absprengen von Mantelfetzen, Querschläger und Aufschläger waren häufig. Nicht häufig dagegen wurden Fetzen der Bekleidung mitgerissen. Gering war die Zahl der durch Sprengstücke groben Geschosses gesetzten Verwundungen. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

11) **Kolb** (Augsburg). Über einen Fall von subkutaner Milzruptur mit Spontanheilung.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1901. August [Doppelheft].)

12) **Loison** (Paris). Contribution à l'étude des ruptures traumatiques de la rate, dans les contusion de l'abdomen.

(Arch. de méd. et de pharm. milit. 1901. Juliheft.)

13) **Vénon** (Dey). Rupture traumatique de la rate par coup de pied de cheval — splenectomie — mort 10 jours après l'operation.

(Ibid.)

K. berichtet über Spontanheilung einer traumatischen Milzruptur, L. über einen rasch tödlich verlaufenen und einen durch Bauchschnitt und Tamponade in Heilung, endlich V. über einen trotz Splenektomie tödlich ausgegangenen Fall derselben Art. Während in den 3 übrigen Fällen gleich nach der Verletzung größere Blutungen auftraten und das Leben bedrohten, waren im Falle K.'s anfänglich nur die Zeichen einer mäßigen Quetschung der Unterleibsorgane wahrzunehmen. Erst

am 4. Krankheitstage trat plötzlich unter Collapserscheinungen eine beträchtliche Dämpfung und tastbare Geschwulst mit starker Schmerzhaftigkeit in der Milzgegend auf, welche die Entstehung einer sekundären intrakapsulären Blutung nahelegten. Da der Mann die vorgeschlagene Operation verweigerte, wurde nur Ruhe und Eisblase verordnet, auch eine subkutane Einspritzung von Secale cornutum gemacht. Allmählich erfolgte die Rückbildung bezw. Aufsaugung des Ergusses.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

14) **Wilms.** Zur Behandlung der Leberrupturen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 34 u. 35.)

In den letzten 5 Jahren wurden 19 Fälle von Leberzerreißung der Leipziger chirurg. Klinik zugeführt. Von diesen starben 4 ohne Laparotomie. Die Leberruptur war komplicirt im Falle 1 mit Rippenbruch, im Falle 8 mit Zwerchfellriss, im Falle 3 mit ausgedehnten Rippenbrüchen, Nieren- und Lungenzerreißung, Fractura femoris, im Falle 4 mit Nierenruptur und Brustbeinfraktur. Im 1. Falle war ferner die Gallenblase völlig abgelöst, sie hing nur noch am Ductus cysticus, im 2. Falle lag ein 21 g schweres Stück Leber im rechten Vorhof. 4 weitere Fälle wurden laparotomirt, ohne dass jedoch wegen der Schwere der Verletzung eine therapeutische Maßnahme möglich gewesen wäre. Im Fall 6 bestand noch Lungenzerreißung und Pneumothorax, im Falle 7 Ruptur der Milz und Nieren, im Falle 8 Becken- und Oberarmbruch. Im Falle 5 und 8 lagen die Gefäße der Pfortader und die der Vena cava im Bereich der Rupturen in größerer Ausdehnung wie freipräparirt da, im Falle 6 fand sich ohne Rippenbruch ein 10 cm klaffender Riss in der rechten Lunge nahe am Hilus.

In 3 Fällen (9, 10, 11) wurde die Laparotomie ausgeführt wegen innerer Blutung. Im Falle 9 wurde die zertrümmerte Milz entfernt und erst später bei der Sektion eine Zerreißung des linken Leberlappens gefunden. Eben so wurde bei Fall 10 die Zerreißung des rechten Leberlappens erst durch die Sektion gefunden, nachdem bei der Laparotomie Milz und linke Niere wegen Zertrümmerung exstirpirt waren. Im Falle 11 lag gleichzeitig eine Darmzerreißung vor. Der Fall zeichnete sich durch starkes Erbrechen und Stuhldrang aus.

In 5 Fällen 12—16 wurde laparotomirt und tamponirt. Beim 14. und 16. war die Leber so zertrümmert, dass an einen Erfolg der Tamponade nicht zu denken war. Die Pat. starben wenige Stunden nach dem Unfall. Im Falle 12 war die Leberzerreißung sicher tödlich; die Blutung stand nach der Tamponade. Bei Pat. 17 erreichte die Tamponade ebenfalls eine Stillung der Blutung; der Tod erfolgte am 7. Tage an einer Infektion. In Fall 15 starb die 64jähriger Pat. nicht in Folge der Leberverletzung (Tamponade), sondern der anderen Läsionen: mehrfache Rippenfrakturen, Riss im Zwerchfell und Herzbeutel, pneumonische Herde, Lungenödem. Im Falle 16 zogen die großen Venenstämme der Pfortader wie freipräparirt durch die Zertrümmerungshöhle.

Durch Laparotomie geheilt wurden die Fälle 17, 18, 19. Im Falle 17 war die Blutung sehr gering; es wurde weder Naht noch Tamponade angewandt. Es blutete jedoch etwas nach, und als am 3. Tage schwere Erscheinungen, die gewiss auf eine Darmperforation hindeuteten, auftraten, wurden nach nochmaliger Laparotomie die Blutgerinnsel entfernt. Die Schmerzen hörten dann gleich auf. Im Falle 18 stand bei der geringen Läsion die Blutung gleich durch Tamponade. Im Falle 19 war die Zerreißung des rechten Leberlappens eine sehr ausgedehnte. Die Blutung stand nach Tamponade. Die Sekretion von Galle durch den Riss war so bedeutend, dass sich eine Entfärbung des Stuhles zeigte.

Es wurde also in der Leipziger Klinik, wenn eben möglich, auch bei den schwersten Fällen noch der Versuch gemacht, sie durch Laparotomie zu retten.

Die meisten Verletzten waren überfahren oder zwischen 2 Puffer gerathen, Zwei waren durch Stoß verletzt, einer war aus bedeutender Höhe herabgestürzt. Im letzteren Falle fanden sich entsprechend der bei dem Sturze erfolgten Zerrung am Lig. suspensor. neben einem Riss an der Leberunterfläche mehrere Einrisse unmittelbar neben dem Aufhängebande und auf dem Durchschnitt mehrerer Sprünge

in der Lebersubstanz, die deutlich größeren Venenstämmen entlang liefen. Bei den Leberrupturen durch Kompression etc. können die verschiedensten Formen vorkommen. W. wendet sich gegen die Bezeichnung der intrahepatischen Zerreißungen und Zertrümmerung als Leberapoplexien, da dieselben meist einer Zertrümmerung des Lebergewebes durch eine aus einem Gefäß erfolgten Blutung ihren Ursprung verdanken.

Bei den durch Stoß verursachten Verletzungen fanden sich unter dem an der Leber sichtbaren Einriss höhlenartige Zertrümmerungsherde. Die hierbei öfter zu beobachtende Ablösung der Kapsel hat für die Stärke der Blutung wenig Bedeutung.

Wichtig ist das Verhalten der Gefäße in den zertrümmerten Herden. Die Venenstämme liegen frei, wie herauspräparirt. Von ihnen sind Zweige abgerissen. Da hierin die Quelle der Blutung bei der Leberruptur zu suchen ist, so ist es erklärlich, dass sich bei dem geringen Druck die Blutung durch einfache Tamponade stillen lässt.

In der Regel wird es darauf ankommen, überhaupt die Diagnose auf eine innere Verletzung zu stellen. Wesentlich ist hierbei neben der Berücksichtigung des Allgemeinzustandes das Vorhandensein von Dämpfungszonen in den abhängigen Partien des Bauches und die straffe Kontraktur der Bauchdecken.

Da die Tamponade einfacher in der Handhabung ist und schneller wirkt, also die Blutung sowohl wie die Operation abkürzt, so ist sie der Naht der Leberrupturen vorzuziehen. **Borchard** (Posen).

15) **Thompson.** Bily in the abdominal cavity.

(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 7.)

Bei dem durch einen von einem Steinwall fallenden Karren Getroffenen waren rechterseits 7 Rippen gebrochen. Nach 2 Tagen trat Dämpfung der abhängigen Bauchtheile ein; ein Probeeinstich entleerte reine Galle. Da Ikterus, Abmagerung, Fieber eintrat, 4 Wochen später Operation, bei der 4 Quart Galle entleert, die Därme mit der Leber und ihrer Umgebung weithin unlösbar verwachsen gefunden wurden. Durch ein Drain floss noch längere Zeit Galle ab; wenn der Abfluss stockte, entstanden heftige Koliken. Trotzdem trat unter allmählicher Abnahme des Gallenflusses, Färbung des Kothes und Besserung des Allgemeinbefindens völlige Herstellung ein, so dass der Mann arbeitsfähig wurde. Der eigentliche Sitz der Verletzung an den Gallenwegen war wegen der Verwachsungen nicht feststellbar. **Trapp** (Bückeburg).

16) **A. Troczewski.** Beitrag zur Kasuistik der primären nicht traumatischen Leberabscesse.

(Gaz. lekarska 1901. No. 5—8.)

Genuine primäre Leberabscesse sind bekanntlich verhältnismäßig selten, und ist daher folgender vom Verf. beobachteter und operirter Fall von besonderem Interesse. Ein 18jähriges bis nun vollständig gesundes Mädchen erkrankte, während es seine, an Abdominaltyphus leidende, Herrin pflegte, plötzlich unter den Symptomen eines mit hohem Fieber und Schüttelfrösten einhergehenden septischen Processes. Vom ersten Tage an heftige Schmerzen in der Lebergegend; die physikalische Untersuchung ergab eine bedeutende Vergrößerung der Leber. In der 3. Krankheitswoche konstatirte Verf. folgenden Befund: Rechtsseitige Pneumonie; Pat. stark cyanotisch, Temperatur 40, Puls 130. Ikterus. Bauch mäßig aufgetrieben, namentlich im rechten Hypochondrium. Daselbst die Leber als prall elastische, fluktuirende, bis an den Nabel reichende Geschwulst zu tasten. Die Probepunktion fördert Eiter zu Tage. In schwacher Chloroformbetäubung wurde die Bauchhöhle durch einen 1 cm vom Rippenbogen abwärts mit demselben parallel verlaufenden Schnitt eröffnet. Da das Bauchfell der Leber mit dem parietalen Blatte fest verwachsen war, wurde der Abscess gleich eröffnet, worauf über 1 Liter eines gelben, mit nekrotischen Leberpartikelchen reichlich vermengten

Eiters herausfloss. Die Abscesshöhle im rechten Leberlappen erwies sich gut kindskopfgroß. Tamponade derselben. Der weitere Verlauf war noch durch wiederholte, durch Eiterretention bedingte Fieberexacerbationen so wie durch eine zuerst seröse, später eitrige rechtsseitige Pleuritis komplicirt, die eine Rippenresektion erforderte. Schließlich volle Heilung. **Trzebicky** (Krakau).

17) **Krug** (Kassel). Beitrag zur Ausräumung der Gallenwege nach Rose.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 32.)

In dem mitgetheilten Falle wurden von der angelegten Gallenblasenwunde aus, nach Entfernung der in ihr gefundenen Steine, mehrere im Cysticus, im Choledochus und in der Wand des Duodenum in der Ampulle gelegene, durch kombinirte Handgriffe allmählich bis in die Gallenblase geschobene Steine entfernt, die Blase sodann eingenäht und drainirt. Der Fall beweist nicht nur die Nothwendigkeit sorgfältigster Tastung und Sondirung der Gallenwege (Kuhn'sche Spiralsonde) zum Nachweis in der Tiefe versteckt gelegener Steine, sondern auch den Werth der Rose'schen Methode, wenigstens für nicht zu große Steine.

Kramer (Glogau).

18) **P. Langer.** Erfolgreiche Exstirpation eines großen Hämangioms der Leber.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIV. Hft. 3.)

Verf. veröffentlicht die von Pfannenstiel vorgenommene Exstirpation eines Hämangioms der Leber bei einer 37jährigen Frau, das durch seine beträchtliche Größe eine große Rarität darstellt. Die Operation gestaltete sich ganz enorm schwierig. Die Blutstillung erforderte eine außerordentliche Mühe und wurde durch Anwendung des Paquelin, Umstechungen und Tamponade erreicht. Die Unterfläche des linken Leberlappens, doch auch die des Lobus quadratus und Lobus Spiegeli waren der Ursprungsort der Geschwulst, deren Entfernung der Pat. ihre Gesundheit völlig wieder herstellte.

Mikroskopisch bestand die Geschwulst aus einem Maschenwerk von dünnen Bindegewebsbälkchen, die nichts mehr von Lebergewebe erkennen ließen, und zahllose, mit einander in Verbindung stehende Bluträume von verschiedener Größe zwischen sich fassten, deren Wandungen mit Endothel ausgekleidet waren. An der Basis wie an der Peripherie der Geschwulst fand sich normales Lebergewebe, das allerdings schon von ektatischen Blutgefäßen durchzogen war.

Im 2. Theil der Arbeit stellt L. die in der Litteratur veröffentlichten Fälle zusammen, bei denen es sich um Exstirpation von Geschwülsten aus der Leber handelt. Alle Autoren behandeln als das wesentlichste Moment die Blutstillung, welche zum Theil durch den Paquelin, theils durch Konstriktion mit dem elastischen Schlauch oder durch Naht und Tamponade erzielt wurde. Sneguirew will Wasserdampf von 100° angewendet wissen. Pfannenstiel sieht als das beste Mittel die stumpfe Nadel und dem rothglühenden Paquelin an. Die Abbindung großer Geschwulstpartien mit dem Déchamp bewährte sich ihm außerordentlich.

Unerlässlich ist ferner die extraperitoneale Behandlung der Leberwunde, die, wo eine Naht angewendet werden muss, nur mit Katgut versorgt werden sollte, da die Ausstoßung von Seidennähten die Heilung beträchtlich verzögert. Antiseptische Stoffe sollten zur Tamponade nicht verwendet werden wegen des starken Resorptionsvermögens des Lebergewebes. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 52. **Sonnabend, den 28. December.** **1901.**

(Aus dem Elisabeth-Krankenhause in Kassel.)

Die perorale Intubation.

Von

Dr. Franz Kuhn.

In einer kleinen skizzenhaften Mittheilung in der Wiener klin. Rundschau[1] habe ich vor ungefähr Jahresfrist eine Tubage der Luftwege beschrieben, die den Zweck erfüllen soll, die Mundhöhle gleichsam für die Athmung zu überbrücken und die Luftröhre oder ihre obere Endigung, den Kehlkopf, in unmittelbare (im Endeffekte eben so wie bei der Tracheotomie) Verbindung mit der Außenluft und der Außenseite des Körpers zu bringen. Diese Verbindung soll aber ohne Eröffnung der Trachea, also ohne Tracheotomie, nur durch Herausführen eines Metallrohres von den Luftwegen aus dem Munde erreicht werden.

[1] F. Kuhn, Der Metallschlauch bei der Tubage und als Trachealkanüle. Wiener klin. Rundschau 1900. No. 28.

Der Gedanke an ein derartiges Vorgehen liegt für Den, der die Intubation kennt, übt und verehrt, nicht sehr fern. Packend wird jedoch die Idee in dem Augenblicke, in dem sich begründete Aussicht eröffnet, einem Pat. auf einfache Weise mittels solcher Tubage während der Narkose Luft, und zwar in jedem Falle und unter allen Umständen und in beliebiger Menge zuführen zu können. Alle prophylaktische oder temporäre Tracheotomie fiele dann weg, abgesehen davon, dass sehr häufig schon eine Besserung der vorhandenen ungenügenden Athmung bei der Narkose recht wünschenswerth erscheint.

Nachdem ich nun seit meiner ersten Publikation den Gedanken einer durch die Mundhöhle reichenden Intubation weiter verfolgt und unter verschiedenen Voraussetzungen Apparate konstruirt und Versuche angestellt habe und zuletzt die Instrumente, die meinen Beifall hatten, sowohl an gesunden Luftwegen als bei operativen Eingriffen in der Nähe derselben erprobt, erlaube ich mir im Folgenden die Methode einer solchen peroralen Intubation, wie ich sie jetzt ausführe, im Einzelnen aus einander zu setzen.

Das Instrumentarium ist, wie ich es von einem chirurgischen Apparat, der gangbar werden soll, fordern zu müssen meine, einfach: ein Metallschlauchrohr[2].

Damit es gelinge, dieses Rohr um die Biegung im Pharynx herum in den Larynx und in die Trachea einzuführen, bedarf es natürlicherweise noch eines Führungsstabes, der in der von mir benutzten Form kaum an die von O'Dwyer erinnert. Er besteht im Wesentlichen aus einem halbkreisförmig oder katheterförmig gebogenen dicken Draht mit Handgriff.

Um endlich das von den Lippen aus in die Luftwege reichende Rohr außen am Munde nach der Einlegung zu befestigen, empfiehlt sich außen nach Art des Schildes der Tracheotomiekanülen ein queres Stück, das im Mundwinkel am besten mittels einer um den Kopf geführten Gummischnur befestigt wird. Von ihm aus ragt zwischen die Zähne ein Fortsatz hinein, der die Zähne zum Durchtritt des Schlauches aus einander hält und stark genug ist, auch einen krampfartigen Biss von Seite eines Narkotisirten auszuhalten. An diesem Schilde findet das Tubagerohr Ansatz und, am besten in verstellbarer Form, Befestigung.

An dieser Stelle sei ausdrücklich betont, dass es mir vorerst auf die kleinsten Einzelheiten in der Konstruktion der Apparate durchaus nicht ankommt, dass ich vielmehr diese vorerst für noch modi-

---

[2] Zur Orientirung über Metallschlauchsonden etc. etc. sei auf einige Arbeiten, welche das Princip und die Vortheile solcher Instrumente ganz allgemein erörtern, verwiesen:

F. Kuhn, Die Bedeutung des Metallschlauchprincips für die praktische Medicin. Zeitschrift für praktische Ärzte 1896. No. 21.

F. Kuhn, Die Metallschlauchsonde im Dienste der klinischen Diagnostik, insbesondere des Magen-Darmkanals. Münch. med. Wochenschr. 1896. No. 37—39.

ficirbar halte und gern auf begründete Vorschläge eingehe. Wichtig und würdig der Publikation an solcher Stelle erscheint mir in erster Linie das Princip und das, was bis jetzt unter verschiedenartigen Anwendungen erreicht wurde.

Solcher Anwendungen aber sind recht viele; denn abgesehen von der großen Chirurgie, wo alle die Luftwege beengenden Tumoren des Halses vor, während und nach der Operation das künstliche Offenhalten der Luftwege gebieten können, hat man schon bei der täglichen Narkose häufig das Bedürfnis, die Glottis und den Kehlkopfeingang gleichsam durch ein Speculum vom Munde her offen zu halten; dann fiele von selbst auch das Halten der Kiefer und das Vorziehen der Zunge weg.

Die Technik der peroralen Intubation ist relativ einfach, so dass ich nicht glaube, dass beim Erwachsenen ein Kollege, der ungefähr mit den einschlägigen Handgriffen vertraut ist oder sich durch einiges Probiren damit vertraut gemacht hat, bei der Ausführung der Intubation in Verlegenheit kommen dürfte.

Wenn es bei der Intubation eines Kindes wesentlich ist, die Aryknorpel aufzusuchen und vor der Spitze des diese Knorpel berührenden linken Zeigefingers die Spitze der O'Dwyer'schen Kanüle anzusetzen, so ist es bei der Intubation des Erwachsenen schon genug, die Epiglottis sehr lebhaft hochzuziehen (was durch einigen Zug an der Zunge schon zu bewerkstelligen ist), die Unterseite der Epiglottis mit dem linken Zeigefinger zu umgreifen und an dieser Unterseite entlang die Kanüle in den Aditus laryngis gleiten zu lassen. Leichte Dreh- oder seitliche Bewegungen lassen das Rohr in die Tiefe schlüpfen. Während man mit einem Finger (Zeigefinger) der rechten Hand, welche den Führungsstab hält, das Metallschlauchrohr vorschiebt und den Führungsstab successive herauszieht, hilft die linke Hand durch Festhalten des Rohres bei der Einführung mit.

Natürlicherweise tritt beim Einschieben des Fremdkörpers in den Larynx, wenn die Narkose noch nicht sehr tief ist, etwas Hustenreiz, selbst leichte Suffokation ein, daneben etwas stärkere Sekretion der Trachea; es geschieht dies namentlich bei ganz intakter Schleimhaut, während bei Tumoren oder Strumen die Schleimhaut schon weniger empfindlich und an manche Zumuthung gewöhnt ist. Im ersteren Falle kann etwas Cocain oder Antipyrin in bekannter Weise die Reizbarkeit etwas herabsetzen.

Doch auch ohne Anästhetica beruhigt sich die Schleimhaut alsbald und es tritt Toleranz ein.

Die Vorgänge sind eben nicht anders wie bei der Tracheotomie, bei der ja auch, je reaktionstüchtiger das Individuum und je weniger in Kohlensäurenarkose, desto lebhafter und anhaltender nach Einführung der Kanüle die Sekretion und die Hustenstöße sind. Im Vergleich mit der Tracheotomie wird bei der peroralen Tubage die Sachlage begreiflicherweise bedeutend modificirt durch die wesentlich größere Länge des Rohres. Dies aber reichlich zu kompensiren,

wird gelingen, wenn man zur Intubation, so wie ich Werth darauf lege, thunlichst weite Rohre nimmt. Die näheren Details über diese Verhältnisse, über Weite der Rohre und Länge im Einzelfalle werde ich an anderer Stelle des Genaueren erörtern.

Ein wesentlicher Punkt ist die häufige Reinigung des einliegenden Tubagerohres von Schleim und Sekret, was der narkotisirende Assistent mittels einer dünnen Spiralbürste zu besorgen hat.

Kommen wir jetzt zu den Indikationen für die perorale Tubage.

1) Am wichtigsten und nothwendigsten wird ihre Verwendung sein, wo wir seither wegen Kompression der Trachea tracheotomiren mussten, also bei Struma und Strumektomie. Nach meinen seitherigen Erfahrungen ist es bei starker Kompression der Luftröhre durch Strumen, so dass die Fortsetzung der Narkose und ein Weiterarbeiten in der Narkose ohne Tracheotomie unmöglich gewesen wäre, mit Hilfe der peroralen Tubage leicht möglich, momentan Luft zu schaffen, die Narkose ungestört und unbeängstigt fortzusetzen und in aller Ruhe die Strumektomie zu vollenden. Selbst nach Vollendung der Operation und nach dem Erwachen kann das Tubagerohr noch stundenlang liegen bleiben; ob dies auch tagelang ginge, habe ich noch nicht versucht.

Ein großer Vortheil dieser meiner Intubation bei den Strumaoperationen gegenüber der Tracheotomie liegt zunächst jedenfalls in der rascheren Ausführbarkeit der Intubation, ein zweiter noch größerer aber in der Keimfreiheit der Wunde, die man sich durch die Tracheotomie zerstören müsste. Dabei leistet die Tubagekanüle das gleiche, wie die Tracheotomiekanüle von König.

2) Die zweite Verwendung wird sein, wo das Einfließen von Sekret oder Blut in die Luftwege zu fürchten ist. Nach meinen Erfahrungen wird der hängende Kopf in vielen Fällen von Operationen in der Mundhöhle durch die perorale Intubation zu entbehren sein, indem durch das einliegende Rohr eine Aspiration unmöglich und um das Rohr selbst eine Art von Tamponade des hinteren Rachens anzubringen ist.

Viele Pat. ertragen nach Einlage der Kanüle Schwämme und große Tupfer tief hinten im Rachen und über dem Zungengrund leicht und dauernd und ohne Reaktion. Dabei ist ein großer Vortheil, dass der in solchen Fällen durch das einliegende Mundspeculum weit klaffend gehaltene Kiefer eben so wenig wie die nach hinten sinkende Zunge die Athmung stört. Weder Kiefer noch Zunge brauchen gehalten zu werden, man kann vielmehr selbst die Nase noch fest verschließen, und die Athmung ist doch ausreichend. Also selbst im Falle, dass man absichtlich alle Luftzuführungswege hermetisch verlegt, übernimmt nach meinen Versuchen das Tubagerohr allein die ganze Luftzufuhr, und zwar in Form ganz ruhiger, kräftiger Athemzüge.

3) Endlich gelingt es mit Hilfe der peroralen Tubage, schon bei der täglichen Narkose die Luftwege offen und zugänglich zu erhalten,

auch selbst ohne Vorziehen der Zunge und ohne Halten des Kiefers. Ein eventueller Glottiskrampf ist leicht und ganz zu beheben. Ein Glottisödem bei entzündlichen Zuständen im Halse wäre mit Intubation zu behandeln.

Selbst ein direktes Einblasen von Luft in die Luftwege ist nach Einlage der Kanüle mit Hilfe eines aufgesetzten Gummiballons möglich und ist bei eingetretener Asphyxie als naheliegender Handgriff an weitaus erster Stelle zu versuchen.

---

1) **A. Müller.** Über Tuberkelbacillen- und Sporenfärbung unter Anwendung von Kaliumperkarbonat und Wasserstoffsuperoxyd.

(Centralblatt für Bakteriologie u. Parasitenkunde Bd. XXIX. No. 20.)

An Stelle der bisher üblichen Differenzirung mit Säuren bei der Färbung von Tuberkelbacillen, wobei leicht Verluste an nachweisbaren Tuberkelbacillen entstehen, empfiehlt Verf. eine 5—10 %ige Kaliumperkarbonatlösung oder noch besser alkalisch gemachtes Wasserstoffsuperoxyd (das des Handels ist stets mit Säure versetzt) zu benutzen.

Die Entfärbung der fuchsingefärbten Ausstrichpräparate in Wasserstoffsuperoxyd vollzieht sich schon in wenigen Minuten, doch ist selbst eine 1stündige Einwirkung ohne Nachtheil. Daher eignet sich das Verfahren besonders für Fälle, in denen nur eine spärliche Anwesenheit von Tuberkelbacillen zu erwarten steht, die in Folge theilweiser Entfärbung durch die Säure uns entgehen können.

Hübener (Dresden).

---

2) **v. Baracz.** Zur Frage eines speciellen Krankheitserregers bei der sogenannten Botryomykose des Menschen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1901. No. 14.)

Auf Grundlage eines selbst beobachteten, operirten, bakteriologisch und histologisch untersuchten einschlägigen Falles kommt v. B. zu dem Schlusse, dass in den klinisch wie Botryomykom der Finger beim Menschen aussehenden Geschwülsten sich nicht immer der Botryomyces züchten lässt, sondern auch der Streptococcus und Staphylococcus pyogenes albus oder flavus. Der Botryomyces ist somit nicht der einzige Erreger der gestielten Geschwulst an den Fingern und Händen der Menschen, wie es Poncet und Dor behaupten. Diese Geschwülste sind histologisch als polypenförmiges Fibroma myxomatodes zu bezeichnen. **Hübener** (Dresden).

---

3) **M. Neisser** und **Fr. Wechsberg.** Über das Staphylotoxin.

(Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XXXVI.)

Trotz ihrer Ubiquität gehören die Staphylokokken eigentlich mit zu den am wenigsten erforschten Krankheitserregern. Wir finden Staphylococci aurei im Eiter, auf der gesunden Haut, auf gesunden und kranken Schleimhäuten, in der Vaccine, in der Luft etc., ohne dass wir wissen, ob das jedes Mal der typische Staphylococcus pyogenes aureus ist, oder ob wir es mit verschiedenen Arten zu thun haben. Genau das Gleiche gilt vielleicht in noch größerem Maße für die weißen Staphylokokken. Auch hier ist oft der Unterschied zwischen harmlosen Saprophyten und pathogenen Eitererregern kaum möglich.

Eben so verhält es sich mit unserer Bekanntschaft mit ihren Giften, ja abgesehen von wenigen Untersuchungen Van de Velde's, Kraus' und v. Lingelsheim's wissen wir eigentlich gar nichts über das Vorkommen und die Art dieser Gifte.

Daher ist es dankbar zu begrüßen, wenn Verff. in ihrer eingehenden und interessanten Arbeit unsere Kenntnisse über die Staphylokokkengifte bereichern.

Man kann 2 Arten von Giften in der filtrirten Staphylokokkenbouillon unterscheiden:

1) das Hämolysin der Staphylokokken = Staphylolysin,
2) das Leukocidin.

1) Das Staphylolysin ist analog den anderen bislang untersuchten Hämolysinen im Stande, je nach dem Grade der Giftigkeit die rothen Blutkörperchen (besonders der Kaninchen) in einer Suspension derselben in physiologischer Kochsalzlösung in mehr oder weniger hoher Menge aufzulösen. Verff. haben eine große Reihe der verschiedensten Aureusarten aller möglichen Herkunft auf dies Verhalten untersucht und gefunden, dass z. B. sämmtliche aus menschlichen Eiterungen gezüchteten Aureusstämme Hämolysin bilden. Einige Aureusstämme, die kein Hämolysin bildeten, unterschieden sich auch kulturell von den hämolysinbildenden Aureusstämmen. Es ist von Wichtigkeit, dass die Hämolysine aller Stämme durch die Neutralisation mittels eines einzigen künstlichen Antilysins als identisch nachzuweisen waren.

Von den untersuchten Albusstämmen erwiesen sich nur 2 aus Eiter gezüchtete Stämme als Hämolysinbildner, und zwar wird ihr Hämolysin gleichfalls durch künstliches Aureuslysin neutralisirt.

Verff. schließen daher — ohne ihr Urtheil als endgültig zu bezeichnen —, dass der typische Staphylococcus pyogenes aureus und der typische Staphylococcus pyogenes albus ein Hämolysin, und zwar ein und dasselbe bilden. Außer diesen pyogenen Arten, die kulturell und durch das Toxin wohlcharakterisirt sind, giebt es sowohl Aureus- wie Albusstämme (wohl pathologisch ohne Bedeutung), die

sich häufig schon kulturell, sicher aber durch den dauernden Mangel jeglicher Hämolysinbildung von den typischen pyogenen Arten unterscheiden.

Ferner ließ sich nachweisen, dass das Staphylolysin, so weit bislang untersucht, ausschließlich von Staphylokokken producirt wird und völlig verschieden von Tetanolysin ist, ebenfalls auch mit den normalen Thyalisinen nichts zu thun hat. Dasselbe ist entsprechend seiner Konstitution (haptophore und toxophore Gruppen [Ehrlich]) ein Gift, analog dem Diphtherietoxin und dem Tetanustoxin.

Durch Immunisirung mit Staphylolysin lässt sich ein Antilysin künstlich herstellen. Interessant ist die Thatsache, dass das normale Serum von 21 untersuchten gesunden und kranken Menschen Antitoxin von wechselnder Stärke besaß.

Verff. legen den gefundenen Unterschieden Angesichts des spärlichen Materials eine diagnostische Bedeutung zur Zeit nicht bei, doch glauben sie erwarten zu dürfen, dass Staphylokokkenprocesse eingreifenderer Natur in dem Antitoxingehalte des menschlichen Serums zu irgend einem Ausdrucke kommen werden.

Das Leukocidin, dessen Existenz schon von Van de Velde dargethan war, wirkt ähnlich auf die Leukocyten wie das Hämolysin auf die Erythrocyten ein. Mittels einer neuen ingeniösen Methode (bioskopische Methode) konnten Verff. im Reagensglase die Wirkung des verschieden starken Leukocidins auf die lebenden Leukocyten verfolgen.

Als Resultat dieser Untersuchungsreihen ist zu erwähnen, dass die Aureusstämme, die kein Hämolysin producirt hatten, auch kein Leukocidin bildeten, dass bei vielen beides sich nachweisen ließ (mehr oder weniger gleichmäßig), dass aber auch bei einer Anzahl pyogener Aurei sich Leukocidinbildung nicht mit Sicherheit feststellen ließ. Hierüber müssen genauere Untersuchungen noch entscheiden. Von den 5 untersuchten Albusstämmen bildeten die 2, die Hämolysin producirt hatten, auch Leukocidin, die anderen nicht. Auch hier ließ sich durch das Antileukocidin, das sich bei mit Leukocidin immunisirten Thieren gewinnen ließ, unschwer die volle Identität des Leukocidins für den typischen Pyogenes aureus und den typischen Pyogenes albus nachweisen.

Verff. haben somit gezeigt, »dass die pyogenen Staphylokokken 2 Arten Blutgifte produciren, welche als Toxine im engeren Sinne zu bezeichnen sind. Und damit gehören die Staphylokokken in die Reihe derjenigen Mikroben, welche lösliche Gifte produciren. Man wird desshalb bei der Deutung mancher Erscheinungen in der Pathologie der Staphylomykosen neben den Giften der Kokkenleiber auch diese löslichen Staphylokokkentoxine in Betracht ziehen dürfen«.

Hübener (Dresden).



4) **T. Madsen.** Über Tetanolysin.

(Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XXXII.)

5) Derselbe. Über Heilversuche im Reagensglas.

(Ibid.)

Die beiden aus dem Ehrlich'schen Seruminstitut in Frankfurt a/M. stammenden Arbeiten bieten eine Fülle von interessanten und anregenden Einzelheiten und Beobachtungen über das Tetanotoxin; doch soll in Rücksicht auf die Zwecke dieses Blattes nur das Hauptsächlichste hier mitgetheilt werden.

Ehrlich hat in den Tetanuskulturen außer dem die bekannten Erscheinungen der tetanischen Kontraktur verursachenden Gifte — Tetanospasmin — noch ein von diesem vollkommen verschiedenartiges Gift — das Tetanolysin — gefunden, welches stark hämolytische Wirkungen besitzt. Jedem der beiden Gifte kommt ein besonderes Antitoxin innerhalb des allgemein antitetanischen Serums zu, so dass z. B. ein solches Serum stark antispastisch, aber nur wenig antilytisch wirken kann und vice versa.

Die Wirksamkeit des Tetanolysins und seiner Antikörper (Antilysin) lässt sich durch eine einfache Methode der Farbenvergleichung im Reagensglase genau messen. Setzt man nämlich zu der Auflösung einer gewissen Menge defibrinirten Blutes (z. B. Kaninchen) in 0,85%iger Kochsalzlösung Tetanolysin hinzu, so wird dasselbe von den rothen Blutkörperchen gebunden. Letztere gehen nach einer gewissen Latenzzeit, die von der Giftmenge und der Temperatur abhängt, in die Lösung über, welch letztere durch ihre Färbung, Menge des Bodensatzes von ungelösten Blutkörperchen etc. einen sehr genauen Indikator für die Giftwirkung abgiebt.

Dönitz hat vor einiger Zeit gezeigt, dass das Tetanospasmin von den Nervenzellen gebunden wird, schon sehr kurze Zeit, nachdem es in den Kreislauf gelangt ist. Gleichzeitig wies er nach, dass es innerhalb gewisser Grenzen möglich sei, das an die Zelle gebundene Toxin durch Antitoxin derselben wieder zu entreißen.

Die oben erwähnte Affektion der rothen Blutkörperchen gab nun M. die Möglichkeit, das von Dönitz angedeutete Heilproblem an lebenden Zellen im Reagensglase zu untersuchen. Dieselbe zeigt eine Analogie mit dem Processe, der sich bei der Vergiftung des lebenden Organismus (Nervenzelle mit Tetanospasmin) abspielt.

In der That gelang es, durch Antilysin das schon an die rothen Blutkörperchen gebundene Tetanolysin zu extrahiren und unschädlich zu machen. Dies ist nicht allein möglich, bevor die toxische Wirkung eingetreten ist, sondern man kann in jeder Phase der Lösung das Weiterschreiten des Processes verhindern, mit anderen Worten: »So lange ein tetanolysinvergiftetes rothes Blutkörperchen lebend (nicht gelöst) ist, ist eine vollständige „Heilung“ durch Antitoxin noch möglich«.

Hübener (Dresden).

6) **L. Dor.** Premiers essais de cytolyse des cancers.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1901. No. 13.)

D. berichtet über seine weiteren Versuche, ein cytolytisches Krebsserum herzustellen. Einem Kaninchen wurde ein eigroßes Stück eines sehr bösartigen Chondrosarkoms der Schulter vom Menschen in die Bauchhöhle transplantirt. Die Neubildung nahm daselbst zuerst enorme Dimensionen an, ohne übrigens das Allgemeinbefinden des Thieres zu stören, wurde aber schließlich bis auf einen nussgroßen Rest resorbirt, und zwar nach 8 Monaten. Um diese Zeit wurde demselben Kaninchen wieder von einem Cancer du cartilage (? Ref.) ein eben so großes Stück in die Bauchhöhle einverleibt, das dies Mal schon in weniger als 2 Monaten verschwand.

»Wir sehen in diesem Experiment«, sagt D., »den Beweis, dass das Serum des Kaninchens für gewisse Krebszellen des Menschen cytolytisch werden kann, da die Einschmelzung der Neubildung im zweiten Falle 5—6mal schneller erfolgte als im ersten.«

Es wird noch ein Versuch an einem mit Melanosarkomen behafteten Kranken mitgetheilt, dem das Serum einer mit Melanosarkom vorbereiteten Ziege injicirt wurde. Ein Geschwulstknoten auf der Brust schmolz von Nussgröße auf Olivengröße ein. Es scheint wirklich ein Erfolg dagewesen zu sein; denn der Kranke selbst bemerkte, man treibe ihm seine Krankheit zurück (sc. ins (Blut), ohne ihn zu heilen. Desshalb entzog er sich der Kur.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

---

7) **E. Genevet.** De l'infection sudorale des plaies chirurgicales par les mains du chirurgien.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1901. No. 18.)

In der Klinik Poncet's wurden von Dor Versuche angestellt über die Infektiosität des Handschweißes. Ohne auf die etwas komplicirte Versuchsanordnung näher einzugehen, sei erwähnt, dass die mit dem gereinigten Finger in Berührung gebrachte Nährbouillon stets steril blieb, während der durch Hitzeeinwirkung transspirirende Finger Reinkulturen von Staphylococcus albus aufgehen ließ.

Aus den Schlussfolgerungen sei hervorgehoben:

1) Die absolute Sterilisirung der Hände ist möglich.

2) Sie hört auf, sobald die Schweißabsonderung beginnt.

3) Da die Desinfektion des Operationsfeldes unmöglich ist, so sind die Hautränder so zu bedecken, dass der Schweiß von der Haut des Kranken nicht in die Wunde gelangen kann.

4) Nach gründlicher Sterilisirung der Hände sollen dieselben in eine 2%ige Tanninlösung für 10 Minuten getaucht werden.

5) Die Chirurgen sollen mit den Transspirationsverhältnissen ihrer Hände (Schnelligkeit und Menge) bekannt sein.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

---

8) **Cannon.** Intracranial pressure after head injuries.

(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 6.)

C. hat auf Veranlassung Bullard's im physiologischen Laboratorium Experimente am Katzenhirn angestellt, welche folgende Resulte ergaben: Im Augenblick der Verletzung steigt der Blutdruck im Schädel so hoch, dass für einen Augenblick die Blutströmung im Hirn aufhört; unmittelbar danach steigt der allgemeine Blutdruck; dann sinkt er, um einer allmählichen Erholung Platz zu machen, die mit normalem Blutdruck und größerer Ausdehnung der Gehirnpulsation verbunden ist. Gelegentlich kommt es unmittelbar nach der Verletzung zu Athmungslähmung, die durch künstliche Athmung behoben werden kann, falls die Herzthätigkeit gut bleibt. Das vom Verf. beobachtetete Ansteigen des intracraniellen Druckes unmittelbar nach der Verletzung auf 25 cm Wassersäule genügt nicht zur Erklärung des Hirndrucks. C. findet diese darin, dass durch die Verletzung, welche Hirndruck zu erzeugen pflegt, stets Quetschungen, Blutaustritte und kleine Thrombosen in feinen Hirnarterien erzeugt werden. Dadurch werden Hirntheile in ihrer Ernährung beeinträchtigt, weil die Gefäße Endarterien sind. Das des Sauerstoffs beraubte Gewebe hat eine sehr große Neigung zur Wasseraufnahme, wie Verf. experimentell nachweist, durch Einlegen von Katzenhirnen in physiologische Kochsalzlösung, worin sie zuerst schnell, dann langsamer an Gewicht zunehmen. Demgemäß erklärt er die Zunahme des intracraniellen Druckes ebenfalls durch osmotische Vorgänge, durch welche die ihrer Ernährung beraubten Gehirntheile Wasser aufnehmen und anschwellen. Werden diese doch auch stets ödematös gefunden. Der osmotische Vorgang ist auch im Stande, viel höheren Druck zu erzeugen, als eine Transsudation. Der Druck wirkt auf die einzig kompressiblen Theile des Hirns, die Gefäße und schließt immer mehr Theile von der Ernährung aus, worauf diese wiederum durch Wasseraufnahme anschwellen, bis der Druck so hoch wird, dass er dem Blutdruck gleichkommt, wonach dann die Blutversorgung des Gehirns überhaupt aufhört. — Näheres über Anordnung der Versuche ist nicht mitgetheilt.

Trapp (Bückeburg).

---

9) **R. Caminiti.** La dura madre nelle riparazioni delle lesioni del cranio. (Ricerche sperimentali.)

(Clinica med. 1901. No. 5.)

C. hat die Frage, welchen Antheil die Dura mater bei dem Heilungsprocesse einnimmt, erneuten Experimenten zu Grunde gelegt, um dadurch einige in der Litteratur bestehende Differenzen zu klären. Die Versuchsanordnung war eine dreifache. Einmal legte er nach weiter Ablösung des Periosts eine Trepanationsöffnung im Knochen an; die Dura blieb intakt, und durch Naht wurde alsdann die Weichtheilwunde wiederum darüber vereinigt. In einer 2. Reihe bildete er in der Tiefe der Trepanationsöffnung einen Duralappen, den er zurückschlug und zwischen Dura und Knochen bezw.

zwischen Knochen und Galea schob. In einer 3. Versuchsreihe endlich hat C. excidirte Durastücke und zur Kontrolle auch Periostläppchen, in die Rumpfmuskulatur überpflanzt.

Die erzielten Resultate, welche auch in 7 mikroskopischen Figuren illustrirt werden, lassen sich kurz in Folgendem zusammenfassen: Die Dura bildet ähnlich wie Knochenmark und Periost neuen Knochen, jedoch in geringerem Grade; für die Heilungsvorgänge im klinischen Sinne kommen also diese beiden Elemente mehr in Betracht; auch an der Galea aponeurotica können sich eben so wie an der Dura ossificirende Processe abspielen. Das Ausbleiben eines knöchernen Verschlusses bei Duraverletzungen beweist nicht, dass die Knochenneubildung normaliter lediglich der Dura zufällt; ersteres sei vielmehr Folge des konstant eintretenden Hirnvorfalles. Die in den Muskel überpflanzte Dura bildet auch dort Knochen.

(C. kommt also zu etwas anderen Schlüssen wie Berezowski [Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIII], dessen eingehendste, aus Kocher's Schule hervorgegangene klinische und experimentelle Untersuchungen in letzter Zeit wohl die maßgebenden waren; immerhin ist der Unterschied nur ein gradueller, kein principieller; denn nach Berezowski geht der Verknöcherungsprocess von der Dura eben so wie vom Periost und Knochenmarke aus. Ob nun bei Duraverletzungen der Hirnvorfall als solcher den knöchernen Verschluss verhindert, möchte Ref. dahingestellt sein lassen.)

A. Most (Breslau).

---

10) **J. Demoor. Les effets de la trépanation faits sur des jeunes animaux.**

(Bull. de l'acad. Roy. de méd. de Belges 1901. No. 5.)

D. erzielte, ähnlich wie Danilewsy 1898, durch Trepanation ganz junger Hunde und Kaninchen eigenthümliche Wachsthumsstörungen des Gehirns, welche nach einigen Monaten zum Tode führten. Dabei waren Gehirn und Hirnhaut bei der Operation absolut unversehrt geblieben und der Wundheilverlauf ein vorzüglicher. Die Hunde gingen im 6. Monat unter epileptischen Krämpfen zu Grunde, Kaninchen im 4.—5. Kurz vor dem Tode trat bei Hunden und Kaninchen eine auffallende Abmagerung ein. Die Zellen der Hirnrinde zeigten ganz allgemein, nicht etwa lokal um den Operationsherd herum, Veränderungen des Kerns und Cytoplasma, Vacuolenbildung in letzterem, Veränderungen der Fortsätze, überhaupt eine allgemeine Degeneration der Hirnrinde. Eine Erklärung für diese Veränderungen steht noch aus. D. wirft mit Recht die Frage auf, ob nach diesen Erfahrungen am Thiere die Trepanation ganz junger Kinder z. B. wegen Idiotie, Mikrocephalie, Epilepsie, Hydrocephalus überhaupt noch statthaft sei; er glaube befürchten zu müssen, dass auch bei ihnen in der Pubertätszeit ähnliche Degenerationen nachfolgen könnten.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

---

11) **C. H. Chetwood.** Contracture of the neck of the bladder.
(New York med. record 1901. Mai 18.)

C. versteht unter Kontraktur des Blasenhalses eine fibröse Stenose des vesicalen Sphinkters oder fibröse Infiltration des Drüsen- und Muskelgewebes um den Blasenhals. Häufig würden Steinsymptome vorgetäuscht, während ebenfalls eine senile Prostatahypertrophie wegen des mechanischen Hindernisses für die Entleerung des Urins differentialdiagnostisch in Frage käme. Viele von den publicirten Fällen von Prostatahypertrophie wären solche einfache Kontrakturen, besonders einige der nach Bottini Operirten, oder die Befunde entsprächen dem Kontrakturtypus der Prostatahypertrophie, indem sie einen fibrösen Ring an der Blasenmündung herstellen, welche mehr oder weniger Drüsengewebe enthält. Dieser Befund kann allein oder gleichzeitig mit centraler einseitiger oder doppelseitiger Prostatahypertrophie vorkommen.

Das Vorkommen einer solchen organischen Obstruktion am Blasenhalse ohne Vergrößerung der Prostata wird von verschiedenen Autoren anerkannt (Mercier, Fuller, Thompsen), wenn auch die Definitionen verschieden ausfallen. Auch v. Frisch deutet auf eine Blaseninsufficienz hin mit Residualurin, welche sich aus lange bestehendem Sphinkterspasmus erklärt. C. giebt lang dauernde Entzündungsprocesse in der Region des Trigonum oder des Sinus prostaticus u. A. als Ursachen an.

Die Hauptsymptome sind Pollakiurie und sonstige Veränderungen der Harnentleerung (wie sie eben so bei Steinkranken und Prostatikern vorkommen) bei den einfachen obigen Fällen ohne gleichzeitige Prostatahypertrophie und mit negativem Befunde bei Mastdarmuntersuchung. Mit einer kurzschnabeligen Sonde lässt sich beim Eintritt in die Blase ein Hindernis feststellen. Eine Verlängerung der Harnröhre ist ohne Weiteres nicht vorhanden.

Die Behandlung eines solchen Zustandes kann radikal nur durch die Entfernung des Hindernisses für den Harnabfluss beseitigt werden. Die Gefahren der Bottini'schen Operation, Blutung, Retention, Abscesse, schwere Infektionen müssen sich vermeiden lassen, wenn vom Damm aus die nöthige und genügende Drainage stattfindet. Auch die nöthige Präcision wird bei Bottini vermisst; daher die Bestrebungen, ein Instrument mit Cystoskop anzuwenden.

C. führt daher in Steinschnittlage nach der Sectio mediana zuerst den Finger in die Dammwunde und überzeugt sich vom Zustande der Blasenhalsregion und Prostata. Dann wird ein modificirtes Bottini'sches Instrument, dessen Schnabel im rechten Winkel abgebogen ist, als Kauter verwendet und durch die Wunde eingeführt. Die Spülung geschieht durch einen Assistenten vom Orificium ext. uretrae aus. Allgemeinnarkose, Nachbehandlung mit täglichen Blasenspülungen, Entfernung des perinealen Drains vom 3.—6. Tage.

Kasuistik von 16 eigenen so operirten Fällen, davon 6 angeblich einfache Kontrakturen des Blasenhalses, 3 ohne ausgesprochene

laterale Hypertrophie im Stadium des Kontrakturtypus der hypertrophischen Prostata. 5 mit mehr oder weniger ein- oder doppelseitigen Hypertophien, 1 Fall mit Steinen, 2 Tuberkulöse, 2 Diabetiker.

Ein Todesfall 5 Wochen nach der Operation an Pyelonephritis. 7 ganz geheilt, 3 gebessert und 5 theilweise gebessert; in 2 Fällen war vorher Sectio alta ausgeführt worden, in einem eine Fistel zurückgeblieben, die sich schloss; perineale Fisteln blieben keinmal; Urinbeschwerden und Residualurin wurden meist beseitigt, Inkontinenz in 2 Fällen zurückgeblieben; 2 Pat. bekamen Hodenentzündung nach der Operation, hatten aber schon vorher derartige Anfälle gehabt.

Die sorgfältige Darstellung der 16 Krankengeschichten scheint in der That zu ergeben, dass durch dieses Vorgehen, die galvanokaustische Durchtrennung der Prostata, die schweren Komplikationen, welche aus der mangelhaften Drainage der Wunde bei Bottini herrühren und diese an sich so vorzügliche Operation immer als eine unchirurgische erscheinen lassen müssen, vermieden werden können. Allerdings gehen auch Vortheile der Bottini'schen Methode (Nothwendigkeit der Narkose), längere Bettruhe bei C.'s Verfahren theilweise verloren, was bei dem hohen Alter der Kranken nicht zu unterschätzen ist. Auf die Krankengeschichten können wir weiter nicht eingehen. **Loewenhardt** (Breslau).

---

12) **Englisch.** Das infiltrirte Carcinom der Harnblase.

(Wiener klin. Wochenschrift 1901. No. 10.)

Diese Form des primären Krebses in der Blase, besonders die diffuse, gehört zu den außerordentlichen Seltenheiten, beweist aber die Unrichtigkeit der Klebs'schen Annahme, nach welcher primärer Krebs der Blase überhaupt nicht vorkommt, sondern von der Vorsteherdrüse ausgehen soll.

Die vorliegende Abhandlung gründet sich auf das Studium der wenigen in der Litteratur niedergelegten und zweier selbstbeobachteter Fälle, von denen nur der eine, der zur Operation und Obduktion kam, genauer mitgetheilt wird. Der zweite glich dem beschriebenen in allen Erscheinungen, doch konnte ein Sektionsbefund nicht erhoben werden.

Bei den infiltrirten (die Bezeichnung »infiltrirenden« dürfte wohl eine sachgemäßere sein. Ref.) Neubildungen der Blase, speciell dem Krebs, sind 2 Formen scharf zu unterscheiden. Die echte ist diejenige, wo bei einer in die Lichtung der Blase ragenden Geschwulst an deren Basis die umgebende Blasenwand meist nur auf eine geringe Ausdehnung infiltrirt erscheint. Die zweite, hier allein in Rede stehende Form ist die, in welcher die Neubildung die Wand der Blase durchsetzt, wohl eine Verdickung, aber keine eigentliche sich gegen die Blasenwand erhebende Geschwulst. In den späteren Stadien finden sich zwar mitunter Wucherungen der Schleimhaut, doch sind dieselben nur von geringer Ausdehnung, meist papillen-

artig oder zottenförmig, seltener knotig. Es bildet demnach die Verdickung der Blasenwand das wichtigste Zeichen.

Hat sich die Neubildung noch nicht (was erst in den späteren Stadien zu geschehen pflegt) auf die Umgebung ausgebreitet, so hat man bei der bimanuellen Untersuchung eine ballonartige Masse vor sich, die die Fortpflanzung eines Druckes von vorn her gleichmäßig auf die andere untersuchende Hand überträgt. Dies ballonartige der Geschwulst neben gleichmäßiger Oberfläche und auffallender Härte ist ein ganz besonders ausschlaggebendes Zeichen gegenüber den starken einfachen Hypertrophien.

Bei der Mastdarmuntersuchung findet man Samenleiter und Samenblasen scharf begrenzt der hinteren Geschwulstfläche angelagert. Die Untersuchung über einem eingeführten Instrument ergiebt weniger Aufschluss.

Eins der wichtigsten Zeichen ist das Verhalten der Größe der Geschwulst vor und nach dem Katheterismus: Nach der Entleerung durch Katheter nimmt die Geschwulst nur um ein Geringes ab.

Unter den Symptomen steht häufiger Harndrang obenan, der enorme Schmerzen verursacht, die auch nach der Entleerung der Blase nicht schwinden. Auch besteht unabhängig von diesen Schmerzen eine neuralgische Form, die besonders nach dem kleinen Becken und der Kreuzbeingegend längs des Ischiadicus ausstrahlt. Diese qualvolle Schmerzhaftigkeit erklärt sich leicht aus der Infiltration der Muskelschichten und ist nur mit den stärksten Dosen von Narkoticis zu beeinflussen. Versuche, dieselben durch Verweilkatheter zu lindern, blieben erfolglos. Es ist diese Schmerzhaftigkeit eines der wichtigsten Zeichen der infiltrirenden Krebsformen.

Die Lymphbahnen ziehen zu den Lymphdrüsen in der Umgebung der V. iliaca ext. und an der Theilungsstelle der A. iliaca comm. (bei Mastdarmuntersuchung nicht zu vergessen). Der Harn ist Anfangs normal; erst beim Auftreten der Erschwerung der Harnentleerung wie bei Cystitis: Zersetzbarkeit, Eiter, Blut. Ausnahmsweise kann die Blutung das erste Zeichen sein wie bei anderen Neubildungen, beruht aber nur auf einer stärkeren Blutfülle der Schleimhaut. Kommt es zur Zerstörung der Schleimhaut, so nimmt der Harn jauchige Beschaffenheit an. Charakteristisch ist das Ausbleiben einer Besserung der Harnbeschaffenheit bei Anwendung der verschiedenen Mittel.

Das Übergreifen erfolgt meist auf die Blasenschleimhaut, welche papilläre, zottige oder knotige Beschaffenheit annimmt, seltener in die Umgebung, wodurch die scharf umgrenzte Geschwulst verschwindet. Nicht selten entwickeln sich Knoten der Neubildung in der Umgebung, zumal bei Frauen (im oberen Scheidengewölbe). Metastasen sind seltener als beim Prostatacarcinom. Vergrößerung der Vorsteherdrüse gehört nicht zur Regel.

Der Verlauf ist ein langsamer, der Tod ist durch die Zerstörung der höher gelegenen Harnorgane, besonders der Nieren bedingt.

Die Diagnose wird durch die oben angegebenen Erscheinungen ermöglicht und ergiebt sich hauptsächlich dadurch, dass die Verdickung der Blase in keinem Verhältnis zu einem etwa vorhandenen Hindernis steht (Prostatahypertrophie, Harnröhrenstriktur, Blasenstein etc.) und unter Berücksichtigung der heftigen fast andauernden Schmerzen.

Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: die einfache Hypertrophie der Blasenmuskulatur, die Phlegmone des Cavum Retzii dann, wenn letztere das Cavum prae- und retrovesicale ergriffen hat. Am schwierigsten dürfte sich die Diagnose zwischen infiltrirendem Carcinom der Blase und dem der Prostata gestalten, wenn ersteres sich nach unten, letzteres sich nach oben ausgebreitet hat.

Die einzige radikale Operation ist die Exstirpation der Geschwulst bei rechtzeitiger Diagnose. Vor derselben muss eine genaue Durchsuchung der V. und A. iliaca und längs der Wirbelsäule vorgenommen werden. Entweder partielle oder totale Resektion je nach Befund mit event. Einpflanzen der Harnleiter in die Flexura sigmoidea.

In den nicht operablen Fällen bleibt die Epicystostomie das einzige Mittel, um den Kranken die Schmerzen der jedesmaligen Harnentleerung zu ersparen, wenn sie auch nicht die specifischen, von dem Füllungszustand der Blase unabhängigen Schmerzen zu beseitigen vermag.

Hübener (Dresden).

---

13) **Kraus** (Karlsbad). Über eine neue intravesicale Behandlungsmethode.

(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1901. No. 4.)

Demonstration und Beschreibung eines Sprayapparates zum kräftigen Abspülen des Blaseninnern, der hinter einer in einer doppelläufigen Katheter eingesetzten Zerstäubdüse einen Druck von $2^1/_2$ Atmosphären (Kohlensäure) erfordert. Dieser Druck wird aber nur hinter der Düse, nicht im Blaseninnern, wo er sehr gering ist ausgeübt. Es gelang z. B. bei einer chronischen eitrigen Cystitis mit mehreren 100 ccm Residuum, rahmigem, fadenziehenden Sekret, innerhalb 30 Sekunden vollkommen wasserklare Spülflüssigkeit zu erzielen und durch cystoskopische Untersuchung festgestellte völlig reine Blasenschleimhaut. Genaueres muss im Original nachgelesen werden.

Hübener (Dresden).

---

14) **A. H. Goelet.** The diagnosis and surgical treatment of prolapsed kidney: with demonstration of a simple method of examination for its detection.

(New York med. record 1901. Juni 1.)

G. unterscheidet die angeborene bewegliche Niere (floating) welche, an einer Art Mesonephron in die Bauchhöhle verlegt und mit Bauchfell bedeckt, eine sehr seltene Affektion darstellt und die

eigentliche Wanderniere (Prolapse), zwischen Bauchfell und Muskel extra- oder subperitoneal verschieblich. Ursache, Symptome (darunter Urinbeschwerden besonders am Tage) werden besprochen, darauf eine Untersuchungsmethode, welche Verf. mit Vorliebe anwendet, erörtert. Bei Anwendung letzterer sitzt der Arzt vor dem Pat., welcher aufrecht steht.

Etwa in der Horizontale des unteren Rippenrandes wird die Weiche umgriffen, so dass vorn der Daumen, hinten die 4 Finger eindrücken; ist die Niere verlagert, fühlt man sie mit Hilfe der anderen Hand unter dem Daumen beweglich. Die Technik der Nephropexie bietet nichts Besonderes. Verf. versucht dadurch, dass er die Nähte aus dem oberen Wundwinkel herausleitet, das Organ bei Festziehen unter den Rippenrand zu drängen und legt Parenchymnähte an mit Gazedrainage zur Erzielung der plastischen Entzündung. 3 Wochen Bettruhe, Nachbehandlung mit Bandage.

Loewenhardt (Breslau).

15) **G. M. Edebohls.** On bandages for nephroptosis.

(New York med. record 1901. Mai 4.)

E. stellt fest, dass der Erfolg einer Bandage bei Wanderniere abhängt von der Art gleichzeitiger Enteroptose. Je größer letztere, desto besser die Aussichten auf Wirkung einer Bandage oder eines Korsetts. Besteht dagegen Wanderniere ohne allgemeine Enteroptose, wird keine Form eines Apparates genügen. Alle Bandagen mit besonderen Pelotten für die Niere sind vollständig zu verwerfen, weil sie weder im Stande sind, eine bewegliche Niere festzuhalten und zu stützen, noch an sich unschädlich für die Niere oder die Nachbarorgane, besonders den Processus vermiformis. Die außerordentlich häufige Erkrankung des Wurmfortsatzes und ihre Beziehung zur Wanderniere, so wie gleichzeitige Entfernung bei der Nephropexie beobachtete Verf. mehrfach (Centralblatt für Gynäkologie p. 822). In allen Fällen, in denen die Symptome auf eine einfache Bandage nicht zurückgehen, hält E. die Operation für indicirt.

In dem Artikel wird besonders über die günstige Beeinflussung der Nephritis der Wanderniere durch die Nephropexie gesprochen.

Loewenhardt (Breslau).

16) **A. Sturmdorf.** On nephrorrhaphy with flap fixation.

(New York med. record 1901. Juni 22.)

Bezugnehmend auf die Publikation von Robert T. Morris (Med. record 1901 Februar 23) hält S. die Anwendung eines Kapsellappens zur Befestigung der Wanderniere auch für empfehlenswerth zur Sicherung der Verankerung (Morris zieht den Lappen durch einen Schlitz des Psoas oder Quadratus).

Die Lappenbildung bei Morris kann nach Verf. besser ausgeführt werden, wenn man den Längsschnitt etwa in die Mitte verlegt, oben und unten einen Querschnitt darauf setzt und so 2 kor-

respondirende Lappen durch Muskelschlitze zieht und vereinigt. Es fällt dann die Möglichkeit weg, dass der an der Niere bleibende Rand des einen Lappens gewissermaßen immer noch einen Drehpunkt bilden kann, um den sich die Niere bewegt, und auch event. lockert.

Den Vorzug des Morris'schen Verfahrens, Nähte durch das Parenchym zu vermeiden, erkennt Verf. nicht an, sondern will im Gegentheil, von der Unschädlichkeit und Nützlichkeit tiefer Fixationen überzeugt, auch bei der Lappenmethode durch das Parenchym nähen. Als einen besonderen Vorzug seiner Lappenbildung betrachtete Verf. bessere Ernährung des Lappens und Vermeidung irgend welcher Retention, so wie Sicherheit primärer Vereinigung.

Loewenhardt (Breslau).

---

17) **M. Sternberg.** Beiträge zur Klinik der Nierensteine, insbesondere ihrer gastro-intestinalen Erscheinungen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1901. No. 16.)

Verf. fasst die Ergebnisse seiner, durch 3 ausführlich mitgetheilte selbst beobachtete Fälle illustrirten Arbeit in Folgendem zusammen:

Zu den regelmäßigen Erscheinungen der gewöhnlichen Nierenkolik gehören Magen- und Darmstörungen; letztere bestehen meist in schmerzhafter Verhaltung von Stuhl und Winden. Die Darmstörung schwindet mit dem Nachlassen des Schmerzanfalles. Während des Anfalles wird sie am besten durch Opium bekämpft.

Mit ausgeprägten Darmerscheinungen ist ein erhöhter Druck im arteriellen System verbunden.

Es giebt Fälle von Nierenkolik, in welchen die gastro-intestinalen Erscheinungen so sehr in den Vordergrund treten, dass das Krankheitsbild wesentlich verändert wird, und eine »gastro-intestinale Form der Nierenkolik« entsteht.

Bei der diagnostischen Erwägung solcher atypischen Fälle hat man zu beachten, dass bei der Nierenkolik eine Druckempfindlichkeit des Harnleiters am McBurney'schen Appendixpunkte auftreten kann, so wie, dass in manchen Fällen des Leidens Veränderungen des Harns sehr lange vollständig fehlen können.

Ein wesentliches diagnostisches Hilfsmittel kann die — von 2 Pat. S.'s unabhängig von einander selbst erprobte — Besänftigung des Schmerzes durch steiles Erheben des unteren Rumpfendes abgeben.

Hübener (Dresden).

Kleinere Mittheilungen.

18) **Tschekan.** Chronischer Abscess in der Scheitelgegend der linken Stirnhälfte. Zwei Trepanationen.

(Chirurgia Bd. VII p. 15. [Russisch.])

Der bewusstlos und mit Lähmungserscheinungen ins Semstwo-Krankenhaus gebrachte 35jährige Pat. hatte vor etwa $1^3/_4$ Jahren Schläge mit einem Knüttel auf

den Kopf erhalten. Außerdem bestand Eiterausfluss aus dem linken Ohr und Schmerzhaftigkeit am Warzenfortsatz. Die Eröffnung des Abscesses war von einer Besserung der Gehirnerscheinungen gefolgt. Wegen darauffolgender Verschlimmerung des Zustandes Trepanation, bei welcher im Scheitelbein zwei alte Risse und ein loses nekrotisches Knochenstück gefunden wurden.

Die Öffnung im Knochen wird erweitert, tiefe Fluktuation gefühlt, aber bei der Punktion mit einem Messer kein Eiter gewonnen. Zurückgehen der bedrohlichen Hirnerscheinungen. Abermalige Verschlechterung, nochmalige Trepanation im Bereich der Roland'sche Furche, weil auch Symptome der Jackson'schen Epilepsie und Aphasie vorhanden waren. Auch bei dieser Operation erschien kein Eiter. Allmähliche geringe Besserung und Entlassung, bei welcher der Kranke zu Fuß nach Hause gehen konnte. Tod 10 Monate nach der Operation, ohne dass die Todesursache erfahren wurde, jedoch liegt es nahe, als solche die fortschreitende Gehirneiterung anzunehmen. **E. Braatz** (Königsberg i/P.).

19) **Goris.** Un cas de surdité verbale pure due à un abcès du lobe temporal gauche d'origine otitique.

(Journ. de chir. et ann. de la soc. belge de chir. 1901. Hft. 3.)

Bei einem 40 Jahre alten Mann, der seit Kindheit an dem linken Ohr erkrankt war, stellte sich die verbale Taubheit gleichzeitig mit einem fixen Schmerz im linken Stirnbein und mit stinkendem Ohrfluss ein. G. trepanirte den Proc. mastoid., entfernte eine Menge cariösen Knochens, legte die Dura mater frei, fand jedoch keinen Hirnabscess. Als 3 Tage darauf Verschlimmerung eintrat, trepanirte er 3 cm oberhalb des Meatus auditorius. Nach Entfernung der Trepanscheibe floss viel Eiter aus, nach Spaltung der Dura kam Eiter aus einer Fistel, die 8 cm weit horizontal von vorn nach hinten ins Gehirn eindrang. Die beiden Trepanöffnungen wurden mit einander verbunden. Nach 12 Tagen konnte Pat. sich unterhalten. Einige Wochen später Heilung. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

20) **W. W. Keen.** Two case of operation for traumatic epilepsy; in one of which the lateral ventricle was widely opened; in the other, an abscess of the brain, caused by a portion of bone being embedded in the brain for fourteen months, was evacuated.

(Amer. journ. of the med. sciences 1901. Juli.)

Fall 1. 19jähriger Jüngling hatte 1892 durch Sturz vom Pferde eine komplicirte Schädelfraktur erlitten. 7 Jahre später stellen sich epileptische Anfälle ein, die Krämpfe sind sofort allgemein, nicht lokalisirt, der Kopf wird dabei nach links gedreht. Zwischen den großen Anfällen zahlreiche kleine. Augenbefund normal.

Operation am 17. April 1901. Bildung eines großen Lappens, durch den 2 Schädeldefekte aufgedeckt werden, von denen der größere $3 \times 1^1/_2$ cm misst. Die Knochenbrücke zwischen den Öffnungen wird entfernt und die Öffnung auf $10 \times 3^1/_2$ cm Größe erweitert. Nach Incision der Dura kommt man in lockeres Bindegewebe. Mit diesem zusammenhängend, etwa 1 cm unter der Dura, findet sich ein dünner, dunkelfarbiger Sack, nach dessen Incision mehrere Unzen Flüssigkeit abfließen. Man kommt in eine Höhle von 10 cm Tiefe, die sich als der weit eröffnete Seitenventrikel erwies. Von grauer und weißer Hirnsubstanz war keine Spur vorhanden. In den Ventrikel wird ein Gummidrain und ein Jodoformgazestreifen eingeführt, ersteres bereits nach 2 Stunden, letzterer am nächsten Tage entfernt. Dabei entleerte sich blutiger Liquor im Strahl in der Menge von 4 bis 6 Unzen. Merkwürdigerweise machte der bedeutende Verlust an Liquor keinerlei Symptome. Am 6. Tage wurden noch einmal 2—3 Unzen wegen Kopfschmerz und Hervorwölbung des Lappens entleert, am 7. Tage stand Pat. auf, die Wunde heilte per primam.

Am 20. Tage kehrte heftiges Kopfweh wieder, Pat. war etwas benommen. Der Lappen aber nicht vorgewölbt. Am 8. Mai 3 schwere epileptische Anfälle, während deren der ganze Körper scharlachroth ist. Seitdem bis zum 24. Mai kein weiterer Anfall.

Fall 2. Der 21jährige Pat. wurde auf Cuba von rechts nach links quer durch den Kopf geschossen. Er war 6 Wochen bewusstlos, dann trat Epilepsie auf; die Krämpfe lokalisirten sich besonders links und kamen alle 3—4 Wochen ohne Bewusstlosigkeit. Einen Monat nach der Verletzung wurde ein Stück Knochen entfernt, später in einer 2. Operation der Defekt durch Knochenplastik geschlossen. Der Zustand verschlechterte sich danach, die Anfälle traten alle 6—8 Tage auf, waren von heftigen Schmerzen im linken Arm und Bein begleitet, die beide schwächer wurden; dazu kam heftiger Hinterkopfschmerz. Daher wurde am 16. Januar 1901, 11 Monate nach der Verletzung, der eingepflanzte Knochen wieder entfernt. Von da bis zur Aufnahme nur ein Anfall, sonst keine Besserung.

Bei der Aufnahme am 24. März 1901 findet sich eine spastische Paralyse der linken Körperhälfte, zunehmende Somnolenz. Die Temperatur, vorher erhöht, fiel plötzlich bis etwas unter die Norm und hielt sich so. Kopfschmerz und Epilepsie nahmen zu. Die Öffnung im rechten Scheitelbein maß 5×3 cm. Leichte Stauungspapille links.

30. März 1901. Operation mit hufeisenförmigem Lappen, dessen Scheitel unmittelbar links von der Mittellinie liegt. Dura wölbt sich vor, und man fühlt einen harten Körper, der sich beim Einschneiden als ein durch derbes Bindegewebe abgekapseltes Knochenstück von der Größe des Zeigefingerendgliedes herausstellt. Am Boden der so entstandenen Höhle findet sich ein Abscess von etwa $^1/_2$ Unze Inhalt. Tamponade mit Jodoformgaze, Zurückklappen des Lappens. Tampon schon am 2. Tage entfernt; am 11. und 15. Tage muss der Lappen wegen Eiterretention etwas gelüftet werden. 4 Tage post op. beginnt die Beweglichkeit im linken Arm und Bein wiederzukehren, am 20. April kann Pat. bereits gehen, am 8. Mai wird er entlassen in guter Gesundheit; nur gelegentlich besteht noch leichtes Kopfweh. Über den Einfluss der Operation auf die Epilepsie lässt sich natürlich noch nichts aussagen. **R. v. Hippel** (Kassel).

21) A. Toretta. Contribution à l'étude des psychopathies d'origine auriculaire.

(Ann. des malad. de l'oreille, du larynx etc. T. XXVII. p. 460.)

Eine ca. 35jährige Frau, in keiner Weise erblich belastet, erkrankt an epileptischen Krämpfen, die sich 1—2mal wöchentlich wiederholen. Nach mehreren Jahren entwickelt sich ein Anfall von maniakalischem Irresein, der nach einer Remission so heftig zurückkehrt, dass Aufnahme in eine Anstalt nöthig wird. Hier wird eine Manie diagnosticirt. Nach ca. 3monatlichem Aufenthalt in der Anstalt beginnen die epileptischen Anfälle, die bisher sistirt hatten, von Neuem und wiederholen sich nun alle 3—4 Tage. In der Folgezeit zunehmender Verfall der geistigen Fähigkeiten, Tod 3 Jahre nach der Aufnahme während eines epileptischen Insultes.

Bei der Autopsie fand sich im linken Schläfenlappen eine große cholesteatomatöse Geschwulst, die denselben zum größten Theil zerstört hatte und durch einen Spalt in der Dura und im Tegmen tympani mit einem Cholesteatom der Paukenhöhle zusammenhing. Großer Trommelfelldefekt hinten oben. Keine Spur von Meningitis.

T. nimmt an, dass es sich um ein primäres Cholesteatom der Paukenhöhle handelt, das in die Schädelhöhle durchgebrochen wie und sich im Schläfenlappen weiter entwickelt hatte. Die Entstehung der Epilepsie und der Psychose führt er auf das intracerebrale Wachsthum der Geschwulst zurück.

Hinsberg (Breslau).

22) F. Alt. Über Unterbindung der Vena jugularis bei otitischer Sinusthrombose.

(Wiener klin. Wochenschrift 1901. No. 11.)

Unter Mittheilung zweier von ihm operirter und geheilter Fälle, deren 1 mit Unterbindung der V. jugul., bespricht A. die verschiedenen Indikationen unter Be-



rücksichtigung der Litteratur und theilt die betreffenden Statistiken von Körner (von 41 operirten Fällen mit Jugularisunterbindung 61 %, von 38 ohne 42 % Heilung), Forselles (16 Fälle mit Unterbindung 65,5 %, 13 ohne 53,8 % Heilung), Hessler (4 Fälle mit bloßer Ligatur 50 %, 23 mit gleichzeitiger Unterbindung resp. Eröffnung mit 69 %, 54 ohne Unterbindung mit 57,4 %), Jansen (von 11 Unterbindungen 63,6 % Heilung, von 24 ohne Unterbindung 75 % mit).

Hübener (Dresden).

23) **Bassères.** Lésions traumatiques mortelles de la moelle et du bulbe par hyperflexion ou hyperextension de la tête.

(Arch. de med. et de pharm. milit. 1901. Oktoberheft.)

Die beiden Beobachtungen, welche hier beschrieben werden, zeigen, dass Zertrümmerung des Rückenmarks und des Bulbus sowohl durch Hyperextension als durch Hyperflexion des Kopfes entstehen können. Im 1. Falle war der Mann von großer Höhe ins Wasser gesprungen, es war mehrfacher Bruch des 5. Halswirbels mit Rückwärtsverschiebung des größten Bruchstückes und hierdurch Zerquetschung des Rückenmarks eingetreten. Dagegen war bei dem anderen Manne eine Hyperextension des Kopfes durch den Hufschlag eines Maulthieres gegen das Kinn herbeigeführt worden. Hier fehlte ein Schädel- oder Wirbelbruch; außer einem doppelten Unterkieferbruch fand sich Zerreißung der vorderen zwei Drittel der Medulla oblongata, großer Bluterguss unter die Dura an der Basis und in den Seitenventrikeln.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

24) **H. Reimann.** Ein Fall von Rückenmarksstichverletzung.

(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien. 15. Februar 1901.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1901. No. 8.)

Der in der chirurgischen Abtheilung Schnitzler's im Franz Josef-Hospital beobachtete Fall betraf einen 23jährigen Pat., der mit einem schmalklingigen Taschenmesser einen Stich in die Lendengegend erhalten hatte.

In der Höhe des ersten Lendenwirbels einen Querfinger nach rechts von den Dornfortsätzen befand sich eine 2 cm lange, $^1/_2$ cm klaffende scharfrandige frontal gestellte Wunde. Vollständige Lähmung der Muskulatur der linken unteren Extremität mit Ausnahme der Adduktoren und des Quadriceps, der in seiner Leistungsfähigkeit stark herabgesetzt war. Die Haut war an der Vorderseite des linken Ober- und Unterschenkels und an der medialen Seite gänzlich, an der lateralen Seite im oberen Antheile für taktile Schmerz- und Temperaturempfindung vollkommen unempfindlich. Fußrücken und Hinterseite der Extremität hyperästhetisch. Kniescheiben-, Achillessehnen- und Fußsohlenreflex links vollkommen erloschen. Geringes Gefühl von Ameisenkriechen links. Keinerlei Blasen- und Mastdarmstörungen. Am rechten Bein vollkommen normaler Befund.

Trotzdem die Stichverletzung rechts von der Wirbelsäule die Haut durchdringt, kann eine rechtsseitige Rückenmarksverletzung nicht angenommen werden, bei dem Fehlen jeglicher Störungen rechts. Die Stellung der Gelenksflächen an den Lendenwirbeln ermöglicht bei einer Stichrichtung von rechts ein Eindringen zwischen die Gelenksflächen und von da in die entgegengesetzte Rückenmarkshälfte.

Um eine typische Brown-Séquard'sche Halbseitenläsion handelt es sich nicht, da bei vollständiger Durchtrennung der linken Rückenmarkshälfte wohl eine motorische Lähmung links zu Stande käme, aber dabei an der rechten Seite Anästhesie bestehen müsste. Gegen die Annahme einer Röhrenblutung in die linke graue Substanz spricht der weitere Verlauf, da die dabei zu erwartende hochgradige Atrophie der Muskulatur, so wie auch eine der Syringomyelie entsprechende Empfindungsstörung ausblieb.

Eine ungezwungene Erklärung der Symptome lässt sich nach der Meinung des Vortr. nur geben, wenn man sowohl eine Rückenmarksverletzung, wie auch eine Verletzung der hinteren Wurzeln annimmt. Damit stimmt ganz gut der Verlauf

Die motorischen Ausfallserscheinungen beruhen auf einer geringen Verletzung des Rückenmarks. Der Rückgang der Lähmungserscheinungen ist einerseits aus dem Verschwinden gewisser Processe in der Umgebung der Verletzung (Blutung, Ödeme, etc.) zu erklären, möglicherweise durch eine collaterale Innervation der anderen Seite. Die konstant gebliebenen Sensibilitätsdefekte lassen sich mit der vollkommenen Durchtrennung von sensiblen Wurzeln in Einklang bringen.

Was die Lokalisation betrifft, so lassen sich die motorischen Ausfallserscheinungen nach dem Edinger-Starr'schen Schema auf Läsion des II.—IV. Lendensegments beziehen, womit auch die Störung der Patellarreflexe stimmt. Für die Verletzung der sensiblen Wurzeln sprechen auch die im Verlaufe der Erkrankung auftretenden lancinirenden Schmerzen und Parästhesien, die auf Narbenbildung zurückzuführen sein dürften. Die sensiblen Ausfallsgebiete entsprechen der II. bis V. Lendenwurzel. **Hübener** (Dresden).

25) The american association of genito-urinary surgeons. Meeting 1901.

(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 5.)

Alexander. Behandlung der traumatischen Blasenruptur durch Laparotomie und Naht. Berichtet über 45 Fälle, 23 Todesfälle, 22 Heilungen.

A. stellt folgende Forderungen auf: 1) Da viel Zeit verloren geht mit der Diagnosenstellung, ob intra- oder extraperitoneale Verletzung, will er davon abgesehen wissen und in allen Fällen sofort operiren, wobei zuerst der prävesicale Raum abgesucht wird, dann erst event. das Bauchfell eröffnet. 2) Die beste Methode aseptischen Vorgehens in der Bauchhöhle ist die Ausspülung mit heißer, steriler Kochsalzlösung. 3) Blasennaht. Material weniger wichtig als die Art des Nähens. A. macht erst eine Lembert'sche Seidenknopfnaht, die dann durch eine Matratzennaht verstärkt wird.

Bryson berichtet über einen Fall von Adenocarcinom der Niere, das frühzeitig durch Cystoskopie und getrenntes Auffangen des Urins beider Harnleiter diagnosticirt und durch Nephrektomie beseitigt wurde.

Thorndicke spricht über 4 Fälle von Nierensteinen, bei deren 2 es gelang, Röntgenbilder zu erhalten; es war 1 Urat- und 1 Phosphatstein.

Hayden. 2 Fälle von Zerreißung der Harnröhre durch stumpfe Gewalt, bei welchen sofort die äußere Urethrotomie gemacht wurde; Heilung in etwa 3 Wochen.

Greene operirt die Hydrocele nach dem Verfahren v. Winkelmann (Longuet) durch Inversion des Sackes und Einheilung des Hodens zwischen ihm und der Hodensackwand. 1) Die Operation ist leicht und unbedingt zuverlässig. 2) Schädliche Komplikationen sind nicht beobachtet. 3) Ob schädlicher Einfluss auf Ernährung, Funktion des Hodens stattfindet, muss die Zeit lehren.

Bell theilt einen Fall von völliger Heilung der Prostatahypertrophie nach Prostatektomie mit. Von besonderem Interesse an dem Falle war, dass die Hypertrophie nur linksseitig war, nach linksseitigem Hodenschwund vor 50 Jahren.

Howitz spricht über seine Erfahrungen bei 161 Fällen von Prostataoperationen wegen seniler Hypertrophie. Es kommen in Betracht: Vasektomie, Kastration, Cystotomia suprapubica, Prostatektomie, Bottini's Operation. Bei jeder einzelnen finden sich kurz und übersichtlich seine Erfahrungssätze. Bottini's Operation ist am häufigsten brauchbar, da nur klappenförmige oder sehr große Wucherungen, so wie unheilbare schwere Blasenschädigung eine Kontraindikation geben.

Bangs spricht über Folgezustände nach der Bottini'schen Operation, von denen erwähnenswerth erscheinen: 1) das muskuläre Hindernis unmittelbar nach der Operation; 2) der Heilungsprocess, der aseptisch verläuft; 3) die Nachbehandlung.

Chetwood theilt Einiges über Kontraktur des Blasenhalses mit, worunter er eine fibröse Stenose desselben versteht. Sie entsteht durch chronische Entzündung, meist gonorrhoischer Natur. Die Erscheinungen sind ähnlich denen des Blasensteines. Die Behandlung besteht in Beseitigung der Ursachen und Incision des verengerten Ringes, womöglich mit perinealer Cystotomie. **Trapp** (Bückeburg).

26) Hock. Neuer Katheter-Desinfektionsapparat.

(Ärztliche Polytechnik 1901. Juli.)

Obiger Apparat stellt einen Kasten mit 3 Schubladen dar, deren obere und untere einen Drahtsiebboden haben, während die mittlere eine Blechschale ist. In diese mittlere wird Trioxymethylenpulver gebracht; in die obere kommen die Katheter zu liegen. Es entwickeln sich Formalindämpfe, welche die Katheter in 1—2 Tagen sterilisiren. Alsdann kommen diese in die untere formalinfreie Schublade, welche mit Luftlöchern versehen ist. Dort verfliegt das Formalin, aber die Katheter bleiben keimfrei, weil die Luftlöcher mit Watte gesichert sind, und so sind die Katheter stets zum Gebrauch fertig. Nach dem Gebrauch sind die Katheter sorgfältig zu seifen und zu waschen, inwendig sauber auszuspritzen, dann gut zu trocknen und einige Stunden in Seidenpapier oder Tuch zu schlagen, ehe sie in den Apparat zurückgebracht werden. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

27) P. Richter. Apparat zur Behandlung der chronischen Prostatitis.

(Ärztliche Polytechnik 1901. September.)

Obiger Apparat ist eine Art doppelläufigen Katheters, um dessen Doppellauf eine Gummi- oder Fischblase gestülpt ist. Lässt man zu dem einen Ende Wasser herein, so bläht sich die Blase auf, indem man die Abflussöffnung zuhält. In den Mastdarm eingelegt, kann man mit diesem Apparat kaltes und heißes Wasser mit niedrigem und höherem Druck auf die Prostata einwirken lassen, somit komprimirend, massirend und thermisch wirken.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

28) F. Pendl. Fremdkörper in der männlichen Harnblase.

(Wiener klin. Wochenschrift 1901. No. 5.)

Mittheilungen zweier einschlägiger Fälle, deren erster einen 2jährigen Knaben betraf, bei dem wegen eines Uratsteines die Sectio alta mit günstigem Erfolg gemacht wurde. Der $1^1/_2$ cm lange spindelförmige Stein hatte sich um das dicke Ende einer Nähnadel gebildet, die etwa noch $1^1/_2$ cm frei von Konkrementen aus dem Stein hervorragte. Die Ätiologie war nicht zu eruiren, so dass Verf. als das Wahrscheinlichste annimmt, dass die verschluckte Nadel nach Perforation des Darmes in die Blase einwanderte.

Der zweite, 38 Jahre alte Pat. wurde wegen Phosphatstein lithotrypsirt. Als das gefasste Konkrement zertrümmert werden sollte, war der Widerstand auffallend gering. Nach vergeblichen Versuchen, ein festeres Konkrement zu fassen, wurde der Lithotryptor aus der Blase entfernt. An seinen Branchen saßen kleine Partikelchen einer fettartigen Substanz. Die sofort vorgenommene Cystoskopie zeigte weißglänzende, wie Krystalldrusen aussehende, auf der Flüssigkeit schwimmende Körper. Die Sectio alta förderte 30 g derartiger, theils bis 4 cm langer, theils spindelförmiger und kugliger, weicher und zäher Körper zu Tage, die sich bei chemischer Untersuchung als Paraffin erwiesen. Heilung.

Wahrscheinlich hatte der Pat. sich die Paraffinstäbchen eingeführt in dem Glauben, hierdurch der Konception vorzubeugen. **Hübener** (Dresden).

29) W. S. Chesmann. Hernia of the urinary bladder.

(New York med. record 1901. Juni 22.)

C. fand bei einem 67jährigen Mann einen linksseitigen irreponiblen Leistenbruch, der seit 8 Stunden eingeklemmt war. Es fand sich ein hypertrophischer Sack, der von seinen Verbindungen mit dem Samenstrang und Kanal gelöst wurde und eine reichliche Fettmasse vorwies. Der Sack wurde abgeschnitten und unterbunden. Als sich das abgeschnittene Stück als Blasenwand herausstellte, wurde eine sorgfältige, doppelreihige Naht angelegt.

Wahrscheinlich hatte das Gewicht des Bruches und Bruchsackes ein Stück Blasenwand in den Bruchkanal hineingezogen; letzteres war so fest mit dem eigent-

lichen Bruchsack verwachsen, dass es gar nicht zu trennen war. Nach der Naht fand kein Urinaustritt, wie er vorher beobachtet, mehr statt. Eine besondere Versorgung der Muskulatur des Bruchkanals wurde unterlassen, indem Verf. mit der Möglichkeit rechnete, die Wunde wegen Urinaustritts wieder öffnen zu müssen.

An diesen Fall schließt sich eine Besprechung der Litteratur. Die Fälle werden aus praktischen Gründen in Klassen getheilt, 1) bei der Autopsie entdeckte, 2) solche mit Symptomen von Blasenbruch (verschiedenartige Urinstörungen, Schmerzen, Tenesmus, Vermehrung der Dysurie bei Vergrößerung der Geschwulst). Auf die sehr interessanten Fälle von Brodier, Clément Pétit, de la Porte, Ledreux und Stolpert van der Weil kann hier nicht näher eingegangen werden.

47 Fälle, in denen die Blase als Bruchinhalt erkannt und nicht verletzt wurde, führen zur Besprechung gewisser Merkmale für den Operateur: ungewöhnliche Dicke, großes Gewicht des Bruchsackes, Lagerung der Fettmasse an der Innenseite (prävesicales Lipom), Tastung zweier über einander gleitender Flächen (F. Lotheissen, Beiträge zur klin. Chirurgie 1898). Vortäuschung eines zweiten Bruchsackes, Urinaustritt.

In 93 Fällen fand Verletzung resp. Eröffnung der Blase absichtlich oder unabsichtlich bei der Operation statt (25 Todesfälle, davon 9 direkter Chok, Hämorrhagien, Urinfiltration, Sepsis), während die 16 übrigen aus Ursachen zu Grunde gingen, wie sie chirurgische Operationen der Harnorgane und solche von Hernien im Besonderen treffen (Urämie, Peritonitis, chronische Nephritis etc.).

Verf. macht noch auf den fast stets zu erwartenden Spontanschluss von Urinfisteln, welche etwa resultiren, aufmerksam und hält den Dauerkatheter für den Wundschluss für überflüssig.

Loewenhardt (Breslau).

30) **Reimann.** Hydronephrose.

(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien. 8. März 1901.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1901. No. 11.)

Linksseitige Hydronephrose (doppelt gänseeigroßer Sack) mit reichlich erhaltenem (ca. $^2/_3$) Nierenparenchym. Eröffnung des Nierenbeckens (Schnitzler). Harnleiter vollkommen durchgängig. Hinaufziehen der Niere beseitigte die Knickung nicht, ein Theil des Hydronephrosensackes überragte dabei noch die Harnleitereinmündung nach unten und hatte demnach keinen Abfluss. Daher Exstirpation des Sackes, Schluss der 12—14 cm langen Wunde durch doppelte Naht. Durch eine kleine Lücke der Naht wurde vom Nierenbecken aus ein dünnes Drainrohr in den Harnleiter eingeführt und zur Wunde hinausgeführt, das Nierenbecken über dem Drain nach Witzel'scher Schrägkanalmethode geschlossen. Entfernung des Drains nach einigen Tagen, worauf baldiger spontaner Verschluss der Fistel eintrat.

Diese Kapitonnage (Albarran) führte zur völligen Heilung. Bemerkenswerth ist, dass die sehr ausgedehnte Nierenbeckennaht vollkommen gehalten hat.

Hübener (Dresden).

31) **F. Bruch.** Zur Diagnostik und operativen Therapie der Anuria calculosa.

Inaug.-Diss., Straßburg i/E., 1901.

2 Fälle von Anuria calculosa mit Verschluss beider Harnleiter, die nach der Operation tödlich endeten, der eine an einer Pyelonephritis der nicht operirten Niere, welche zu Lebzeiten nicht diagnosticirt war. Im anderen Falle war die Nephrotomie an der Niere zuerst vorgenommen, welche, wie die Sektion ergab, kaum noch funktionsfähiges Gewebe enthielt. Es ist von Interesse, dass die Koliken auf dieser Seite bereits länger bestanden als auf der anderen. Verf. glaubt daher auch, dass es richtiger gewesen wäre, die Nephrotomie zuerst auf der Seite vorzunehmen, wo die Beschwerden kürzere Zeit bestanden.

Coste (Straßburg i E.)



32) **F. P. Kinnikutt.** Orchitis and epididymitis in typhoid.

(New York med. record 1901. Mai 25.

K. bringt 2 neue Fälle von Typhusinfektion des Hodens und Nebenhodens In einem Falle entstand gleichzeitig im oberen Theile der Vena saphena eine Phlebitis, woraus Verf. die Möglichkeit einer gleichen Infektion der Vena spermatica herleitet. Im zweiten Falle konnte der Bacillus Eberth in Reinkultur aus einem kleinen fluktuirenden Herde des Hodens gezüchtet werden. Eschner hat 44 Fälle zusammengestellt (Philadelphia med. journ. 1898 p. 949).

Loewenhardt (Breslau).

33) **Warnek.** Über die Radikaloperation des Gebärmutterkrebses und ihre Resultate auf Grund eigener Fälle.

(Chirurgia Bd. VII. p. 36. [Russisch.])

W. verfügt über 88 Fälle von Vaginalexstirpation. Von den 4 Fällen, in welchen auch bei den nächsten Verwandten Krebs vorhanden gewesen war, beschreibt er 3 näher. Im ersten war die Großmutter an Brustkrebs, die Mutter an Leberkrebs und die ältere Schwester der Pat. an Uteruskrebs gestorben. Die zweite Pat. hatte eine Krebskranke bis zuletzt gepflegt, mit ihr in einem Bette geschlafen. Der Vater war an Magenkrebs gestorben, nachdem ihm ein Krebs der Unterlippe operirt worden war. Die dritte Kranke hat ihre Mutter an Uteruskrebs verloren, eine ihrer Schwestern leidet an Leberkrebs, eine andere hat starke Uterusblutungen.

Außer noch einem weiteren, 4. Falle, war in keinem der 88 Fälle eine Familienerkrankung an Krebs nachzuweisen. In 68 Fällen beschränkte sich der Krebs nur auf die Gebärmutter, in 20 war die Nachbarschaft mehr oder weniger ergriffen.

Im Allgemeinen waren, trotzdem bei Manchen noch zu kurze Zeit seit der Operation verstrichen, 72,09 Rückfälle und 27,91% Heilungen zu verzeichnen. Eine übersichtliche Tabelle sämmtlicher 88 Fälle giebt über die Einzelheiten Auskunft. W. zweifelt daran, dass durch die abdominale Operation mit Entfernung der Lymphdrüsen wesentlich bessere Resultate erreichbar sein würden.

E. Braatz (Königsberg i/P.).

34) **M. Potorowski.** Ein Fall von verkalktem Fibrom des linken Eierstocks. (Aus dem Moskauer pathologisch-anatomischen Institut.)

(Chirurgia Bd. VII. p. 61. [Russisch.])

Der eingehenden Behandlung des Themas der verkalkten Eierstocksfibrome liegt ein von Prof. Diakonow operirter Fall zu Grunde, der eine 56jährige Kranke betrifft, und in welchem eine rundliche Geschwulst von 6—7 cm Durchmesser durch Laparotomie entfernt wurde. Sie war hart wie ein Stein und musste durchsägt werden. P. giebt 2 Abbildungen, die den makroskopischen Querschnitt und ein mikroskopisches Bild zeigen. Die Kranke hatte die Geschwulst 28 Jahre getragen.

E. Braatz (Königsberg i/P.).

51. **Koslowski.** Radikaloperation der Spina bifida.

(Chirurgia Bd. VII. p. 30. [Russisch.])

Hühnereigroße, birnförmig gestielte Geschwulst wird abgetragen und die Lücke dadurch geschlossen, dass die Wirbelbogen mit der Knochenzange durchtrennt, dadurch beweglich gemacht und leicht zusammengebracht werden konnten. Heilung.

E. Braatz (Königsberg i/P.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Bericht über die Verhandlungen
der
Deutschen Gesellschaft für Chirurgie,
XXX. Kongress,
abgehalten vom 10.—13. April 1901
im Langenbeck-Hause.

Beilage zum Centralblatt für Chirurgie 1901. No. 29.

Inhalt.

1) **Reinbach** (Breslau). Zur Histologie menschlicher Wundgranulationen. (Mit Demonstrationen.)

Die in der Breslauer chirurgischen Klinik angestellten Untersuchungen betreffen die Frage, ob den verschiedenen Typen von klinisch kranken (schlechten) Wundgranulationen auch in pathologisch-anatomischer Beziehung Differenzen gegenüber den reinen, klinisch guten Wundgranulationen entsprechen.

Vortr. berührt unter Hinweis auf seine ausführliche Publikation in Ziegler's Beiträgen nur kurz einige Punkte aus der allgemeinen Lehre von der Granulationsbildung (nämlich Bindegewebsbildung, sekretorische Funktion der Endothelien, Schicksale der emigrirten Leukocyten) und beschränkt sich darauf, auf die specielle Frage übergehend, den Bau einer der wichtigsten Formen kranker Wundgranulationen, nämlich der »Sequestergranulationen«, an der Hand von Abbildungen zu besprechen und die Beziehungen zu den normalen Granulationen zu erläuten.

Diese Klasse kranker Granulationen ist histologisch ausgezeichnet durch ein außerordentliches Überwiegen des flüssigen entzündlichen Exsudates über das celluläre, ferner durch das Vorhandensein mehrerer Schichten, in welche der Querschnitt solcher Granulationen zerfällt (im Gegensatze zur Norm, wo eine Schichtenbildung fehlt), vor Allem durch den Mangel einer Bindegewebsbildung, welche niemals erfolgt. Die spärlichen überhaupt gebildeten Fibroblasten sind dem Untergange geweiht. Das Ziel einer normalen Granulationsbildung wird also nicht erreicht. Dieser eigentümliche Bau ist mit Rücksicht auf das Bestreben des Organismus, den in der Tiefe befindlichen Fremdkörper (Sequester) zu eliminiren (Ausstoßung aus der Fistelöffnung), als ungemein zweckmäßig zu bezeichnen.

Unverkennbar besteht eine enge Beziehung zwischen Sequester (im weitesten Sinne) und Bau der Granulationen, welche ihren Charakter sofort nach der Entfernung des ersteren ändern und zur Norm übergehen.

Vortr. bespricht noch kurz unter wiederholtem Hinweise auf die ausführliche Darstellung den Bau gewisser Formen von oberflächlich kranken menschlichen Wundgranulationen. (Selbstbericht.)

---

2) **C. Hägler** (Basel). Über Ligatureiterungen.

Zwei Formen von nachträglicher Fadenausstoßung lassen sich klinisch ziemlich scharf unterscheiden: Bei der ersten Form zeigen bald nach dem Eingriffe Fieber und entzündliche Infiltration der Operationsstelle an, dass eine Infektion der Wunde erfolgt ist. Bei der anderen Form erfolgt eine Wundheilung ohne Fieber und lokale

entzündliche Reaktion, und nach Monaten oder Jahr und Tag öffnet sich eine Fistel, aus der einzelne oder ein großer Theil der versenkten Fäden ausgestoßen werden. Pathologisch ist der Unterschied nur ein gradueller: die Fäden waren inficirt, im ersten Falle möglicherweise von der Wunde aus, im letzteren Falle gelangten sie inficirt in die Wunde. Nach den Untersuchungen des Vortr. sind die ausgestoßenen Fäden nie steril.

Die Ausstoßung nach einer Operation, der ein fieber- und entzündungsloser Heilverlauf gefolgt ist, kann unter Umständen erst nach Jahren eintreten. Der Vortr. erwähnt Fälle von Fadenausstoßung nach 2 und 5 Jahren. Dass die Fäden inficirt waren, beweisen Schnittpräparate (Demonstration), wobei die Fäden vor der Ausstoßung mit der wegen Verdickung excidirten Narbe mikroskopisch untersucht wurden: zwischen den Faseren waren unzählige Keime eingelagert, während dieselben im umgebenden Gewebe fehlten.

Wie der Vortr. schon früher gezeigt hat, disponiren die im Dampfe sterilisirten Seidenfäden eher zu solchen Komplikationen als die mit einem Antisepticum imprägnirten. Aber auch bei den letzteren werden solche Vorkommnisse mit Sicherheit nicht vermieden, weil der Quecksilbergehalt der Sublimatseide, z. B. der innerhalb von 5 bis 10 Tagen in der Wunde extrahirt wird, die Keime, die sich am Faden finden, nicht abzutödten im Stande ist, sondern nur deren Entwicklung verhindert; falls es sich um ein bedeutendes oder sehr kräftiges Keimmaterial handelt, so wird sich dasselbe nach dieser Zeit zwischen den Einzelfasern weiter entwickeln können.

Die einzige Methode, die über diese Verhältnisse sicheren Aufschluss geben kann, ist die Untersuchung der Fäden mit mikroskopischen Schnitten. An der Hand derselben referirt der Vortr. kurz über Versuche, bei welchen er inficirte Seidenfäden im Thierkörper oder sterile Fäden in Abscesshöhlen des Menschen versenkte oder in Eiter bei Bruttemperatur hielt und nach verschiedenen Zeiträumen durch mikroskopische Querschnitte untersuchte. Im Faden, der im Dampfe sterilisirt wurde, vermehren sich die Keime nach dem Fadeninnern zu event. schon nach 48 Stunden, während beim Sublimatfaden sie auf die Oberfläche beschränkt bleiben, bis der Hg-Gehalt des Fadens erschöpft ist.

Die ähnlichen Untersuchungen mit Katgut brachten einige Überraschungen. Katgut wird bisher immer mit Misstrauen betrachtet, weil die Sterilisation Schwierigkeiten bietet und man glaubte, dass das Material — im Körper versenkt — einen guten Nährboden für Keime abgebe. Eine chronisch eiterregende Wirkung des sterilen Katguts, die praktisch in Frage kommt, giebt es nach den Untersuchungen des Vortr. nicht.

Die Schnitte durch Katgutfäden, die derselben Untersuchungsmethode unterworfen wurden wie die Seidenfäden, ergaben nun, dass auch im Katgut, das kein Antisepticum enthält, die Keime sich nicht in der Katgutsubstanz vermehren, sondern nur dort gegen das Faden-

innere zu sich fortpflanzen, wo sich Schrunden im Cylinder gebildet haben (durch Detorsion oder Resorption).

Die Gefahr für die Wundkomplikationen wächst also mit der Zahl der versenkten Fäden, in so fern dieselben imbibirbar sind. — Das idealste Material, das Silkwormgut, lässt sich leider seiner Sprödigkeit wegen zu feinen Ligaturen nicht verwenden; dasselbe ist der Fall für die verschiedenen Drahtarten. Die bisher empfohlenen Imprägnationsmittel für Seide und Zwirn (Guttapertscha, Kollodium, Kolloidin) bringen nach den Untersuchungen des Vortr. keinen Vortheil, da diese Imprägnationsstoffe sich beim Trocknen (Verdunsten des Lösungsmittels) kontrahiren, und desshalb nicht der Faden als Ganzes, sondern meist nur die einzelne Faser imprägnirt ist. Ein einheitlicher kompakter Cylinder lässt sich mit Wachs oder Paraffin darstellen, wenn die Fäden in der reinen Substanz dieser Materialien in der Wärme gehalten und nachher mit einem sterilen warmen Tuche abgewischt werden. (Selbstbericht.)

---

3) **W. Petersen** (Heidelberg). Über Aufbau, Wachsthum und Histogenese der Hautcarcinome.

P. hat versucht, das Plattenmodellirungsverfahren der Embryologen (nach Born und Strasser) auf das Studium der Hautcarcinome anzuwenden. Der Tumor wird in Serienschnitte zerlegt; die Schnitte werden, nach dem Zeichenprisma vergrößert, auf Wachstafeln aufgezeichnet und die ausgeschnittenen Wachstafeln zusammengesetzt. Die Dicke der Wachstafeln muss gleich sein dem Produkte von Schnittdicke und Vergrößerung. Auf diese Weise entsteht ein durchaus naturgetreues, vergrößertes, plastisches Nachbild des Carcinoms.

P. demonstrirt 4 Modelle von Hautcarcinomen mit den dazu gehörigen Serien von Zeichnungen und Photographien und empfiehlt die weitere Anwendung der Methode aus folgenden Gründen:

1) Die Methode liefert außerordentlich instruktive Unterrichtsmodelle.

2) Sie vermag beizutragen zur Lösung noch strittiger Fragen der Morphologie und der Histogenese der Carcinome.

In dieser Beziehung glaubt P. aus seinen bisherigen Erfahrungen zunächst bezüglich der Hautcarcinome folgende Schlüsse ziehen zu dürfen:

1) Mit Rücksicht auf den Ausgangspunkt und das Wachsthum der Carcinome lassen sich 2 Formen unterscheiden:

a. das unicentrische Carcinom; — die Epithelwucherung beginnt an einer einzigen Stelle und greift von hier zerstörend auf die ganze Umgebung, so auch auf das Nachbarepithel über. Dabei können leicht mikroskopische Bilder entstehen, die eine aktive Wucherung dieses nur passiv zerstörten Nachbarepithels vortäuschen.

b. das **multicentrische** Carcinom; dasselbe entsteht und wächst von verschiedenen Stellen aus; die verschiedenen Epithelmassen verschmelzen gewöhnlich sekundär mit einander.

Die Trennung dieser beiden Carcinomformen, die sich rein mikroskopisch nur schwer durchführen lässt, kann durch das Plattenmodellirverfahren leicht gelingen.

2) Die von je einem Centrum ausgehenden Epithelmassen des Carcinoms bilden meist einen **einheitlichen Stamm**, der nach allen Seiten hin Äste, Zapfen und Kolben entsendet.

Die Epithelhaufen der sog. »Krebsalveolen« sind in ihrer großen Mehrzahl die Querschnitte dieser Ausläufer. **Abgeschlossene Alveolen**, d. h. rings von Bindegewebe umgebene **echte** Epithelinseln, sind selten; es giebt sichere Carcinome, in denen sie vollkommen fehlen.

Die **Diskontinuität** des Epithelwachsthums gehört also nicht unbedingt zum Begriffe des Carcinoms.

3) Zum Studium der Histogenese sind neben kleinen, beginnenden Carcinomen auch die **Randpartien größerer Tumoren geeignet**, vorausgesetzt, dass sich einwandsfrei, am besten durch das Plattenmodell die **Unabhängigkeit** der carcinomatösen Randwucherungen von dem Haupttumor nachweisen lässt.

4) Das Studium solcher selbständigen Randwucherungen lieferte den zwingenden Beweis, dass das **Epithel primär** ohne vorhergehende Veränderung des Bindegewebes, **carcinomatös entarten** und ohne vorherige »Absprengung«, ohne »Lösung aus dem Verbande des Organismus« **kontinuirlich in die Tiefe wuchern kann.**

(Selbstbericht).

Diskussion.

Gussenbauer (Wien). Das Verfahren von **Petersen** erläutert nur grobe makroskopische Verhältnisse, nicht aber feinere histogenetische Vorgänge. Es ist grundsätzlich verkehrt, sich erst ein Schema anzufertigen und daran dann die Natur studiren zu wollen. Übrigens seien unicentrische und multicentrische Wachsthumsformen längst bekannte, schon von **Virchow** aufgestellte Begriffe.

Hansemann (Berlin) hält die Plattenmodelle **Petersen's** nicht für Schemata, sondern für wirkliche Rekonstruktionen der natürlichen Verhältnisse. Dass jedes Carcinom zunächst diskontinuirlich wachsen kann (**Ribbert**), sei jedenfalls durch die Plattenmodelle erwiesen.

O. **Israel** (Charlottenburg) hat das Bedürfnis für solche Modelle schon früher betont.

v. **Kahlden** (Freiburg i/Br.). Das primäre Wachsthum beim Carcinom geht vom Epithel aus. In den meisten Fällen wächst der Krebs multicentrisch.



Heidenhain (Worms) hält die Ribbert'sche Ansicht beim Mammacarcinom nach seinen Erfahrungen nicht für richtig. Das Carcinom geht vom Epithel, nicht vom Bindegewebe aus. H. hält das Mammacarcinom prognostisch für den ungünstigsten aller Krebse.

Gussenbauer (Wien) vertheidigt seine Ansicht über den nur schematischen Werth der Plattenmethode, speciell in Bezug auf die Frage, woher das Carcinom entsteht.

Petersen (Heidelberg). Schlusswort.

Jaffé (Hamburg).

---

4) N. Sjöbring (Lund). Über Krebsparasiten.

Mit Hinweis auf die bei der Demonstration vorgelegten Präparate von einer etwa 3 Wochen alten Kultur aus einem recidivirenden Mammacarcinome erörtert der Vortr. den Entwicklungsgang und die sonstigen Eigenthümlichkeiten der bezüglichen Mikroorganismen, die unter den näher bekannten Protozoën mit den Amöbosporidien die größte Übereinstimmung aufweisen. Nur findet keine Eincystirung vor der Sporenbildung statt, und es erscheinen keine Sichelkeime, sondern die Sporen werden nackt gebildet und haben das Aussehen kleiner, breit ovaler Blasen. Die Dauerformationen sind die aus dem Geschwulstgewebe längst bekannten konoïden Kugeln und Gebilde, die durch eine homogenisirende Umwandlung der Schmarotzer, die in fast jedem ihrer Entwicklungsstadien einsetzen kann, entstehen.

In dem Systeme müssen diese Mikroorganismen ihren Platz bei den Rhizopoden (Foraminiferen) finden, unter denen sie als eine besondere Unterklasse: die Pimelodea (von πιμελή = das Fett) einzutragen sind. Mit den Amöbosporidien, wie auch mit den Myxo-(mikro)sporidien sind sie dabei nahe verwandt.

Präparate von 2 unzweifelhaften epithelialen Impfgeschwülsten von der Haut weißer Mäuse wurden vorgelegt. Impfungen an Kaninchen und Meerschweinchen schlugen bisher immer fehl.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Israel (Berlin). In den aufgestellten Präparaten handle es sich nicht um Reinkulturen, sondern um aseptisch aufbewahrte Gewebsstückchen; Epithelien, Fettkugeln und Fettkrystalle seien wohl zu sehen, aber nichts, was überzeugende Ähnlichkeit hätte mit Amöben.

Jürgens (Berlin) spricht sich in gleichem Sinne aus. Auch eine Epithelproliferation könne er nicht bestätigen.

Christel (Metz).

---

5) Ehrhardt (Königsberg). Über Zerstörung von Geschwulstresten in der Wunde durch heißes Wasser.

Nach unseren heutigen Anschauungen über die Exstirpation bösartiger Neubildungen muss es unser Bestreben sein, die Geschwulst

unter gleichzeitiger Ausräumung der regionären Lymphdrüsen weit im Gesunden zu excidiren. Eine Anzahl von Fällen setzt jedoch diesem Verfahren unüberwindliche Schwierigkeiten entgegen; noch immer müssen einzelne Geschwulstexstirpationen durch das Morcellement ausgeführt werden. Die Gefahr der Implantationsrecidive ist hierbei sehr groß. Die Möglichkeit einer Verpflanzung von Tumorelementen in die frische Wunde liegt ebenfalls vor, wenn die Geschwulst bei der Operation angerissen wird.

Für diese Fälle, in welchen eine Implantation von Geschwulstkeimen befürchtet wird, scheint das siedende Wasser ein empfehlenswerthes Hilfsmittel zu sein, um die etwa zurückbleibenden implantirten Geschwulstkeime abzutödten. Experimentelle Untersuchungen zeigten, dass das Verfahren gegenüber der Anwendung chemischer Ätzmittel oder des Paquelins bemerkenswerthe Vortheile bietet. Es hindert die Prima intentio nicht, es gestattet, die Wundhöhle gleichmäßig bis in ihre feinsten Spalten oberflächlich zu verschorfen. Die Koagulation reicht bei den sonst wohl angewendeten chemischen Ätzmitteln, Sublimat, Chlorzink, viel tiefer.

Die Anwendung geschieht in der Weise, dass etwa 25 ccm siedendes Wasser in die Wunde gegossen und etwa nach 1 Minute ausgetupft werden. Empfehlenswerth ist der Gebrauch elektrischer Kochapparate und von Schöpfgefäßen mit langem Stiel.

Nachtheile, z. B. bei der Nachbarschaft größerer Gefäße, haben wir nicht beobachtet, die experimentell übergossenen Gefäße beim Thiere thrombosirten nicht.

Die Anwendbarkeit der Methode hat enge Grenzen, sie setzt voraus, dass radikal operirt worden ist, sie ist nicht im Stande, größere zurückbleibende Geschwulstreste zu zerstören. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Urstein (Warschau). Ich möchte mir erlauben, mit wenigen Worten auf ein Verfahren hinzuweisen, das sich in therapeutischer Hinsicht beim Carcinom gut bewähren könnte. Ich meine die von Finsen zum 1. Male wissenschaftlich begründete, auf solider, fester Basis fußende Lichttherapie. Zwar gehört das Carcinom nicht zu denjenigen Erkrankungen, an denen man schadlos herumexperimentiren darf; denn hier heißt es, so bald man die Krankheit erkannt hat, sie auch sofort mit dem Messer beseitigen; aber es giebt doch Fälle genug, in denen die Operation unterlassen werden muss, wo wir also lediglich auf ein palliatives Verfahren angewiesen sind. Und eben in diesen Fällen könnte man z. B. statt des Glüheisens oder Chlorzinks die Lichtstrahlen versuchen. Sollte es sich zeigen, dass die Finsen'sche Behandlungsmethode das Carcinom beeinflusst, dann hätten wir darin nicht nur ein werthvolles differentiell-diagnostisches Merkmal, sondern auch eine Förderung unserer Kenntnisse über die Ätiologie so mancher Krankheiten. Dann würde auch die Lehre vom parasitären Ursprunge des Krebses einen mächtigen Schritt vorwärts

kommen. Man darf zwar den Thatsachen nicht vorauseilen, allein die vielen Erfolge, die man heute schon beim Lupus vulgaris und anderen Hautaffektionen erzielt, sind so ermuthigend, dass sie zu weiteren Experimenten bei anderen Erkrankungen herausfordern, und in erster Linie gilt das für die oberflächlichen metastatischen bezw. primären Haut- oder Schleimhautcarcinome. Diese Fälle könnten, da sie — ähnlich wie der Lupus — oberflächlich, lokal, vielleicht auch parasitär sind, geradezu als Prüfstein für die Werthschätzung der Finsen'schen Behandlungsmethode dienen. Auch bei der Hoden- und Nebenhodentuberkulose, zumal bei kleinen Kindern, ist diese Therapie eines Versuches werth. (Selbstbericht.)

---

6) **Goldmann.** Pathogenese und Behandlung des Keloids.

Unter den zahlreichen Autoren, die seit Alibert über das Keloid und die hypertrophische Narbe gearbeitet haben, besteht noch immer keine Einigkeit über die Pathogenese, anatomische Stellung und Behandlung dieser Gebilde. Der Versuch, einen anatomisch-histologischen Unterschied zwischen dem Keloid und der hypertrophischen Narbe festzulegen, muss bisher als gescheitert betrachtet werden. Übereinstimmend wird von der Mehrzahl der Forscher betont, dass diese Bildungen im Corium ihre Ursprungsstätte haben, dass das Keloid aus starren, verdickten, stark collagenhaltigen Bündeln besteht, dass in seinem Bereiche elastische Fasern und markhaltige Nerven fehlen, und dass eine chirurgische Behandlung des Keloids aussichtslos sei. An einem reichlichen Material von Keloiden und hypertrophischen Narben verschiedenster Provenienz und in den verschiedensten Entwicklungsstadien hat der Vortr., unter Anwendung vervollkommneter histologischer Methoden, seine Untersuchungen angestellt.

Als das wesentlichste Moment beim Zustandekommen dieser Bindegewebshyperplasien des Coriums betrachtet er die primäre Schädigung, welche das elastische Gerüst der Haut erfährt. Diese Schädigung kann eine rein traumatische (subkutane oder offene Verletzung), eine akut entzündliche infektiöser Natur (Aknepustel, Furunkel, Variola etc.), eine chronisch entzündliche (tuberkulöse, Syphilis, Lepra etc.) oder eine chemische (Verbrennung, Verätzung, gewisse Pigmente wie in dem berühmten Falle von Welander) sein.

Die verschiedenartigen ätiologischen Momente bedingen gleichartig eine Schädigung der elastischen Fasern derart, dass ihre Regeneration im geschädigten Gewebsbezirke ausbleibt. Beim Keloid erfolgt die Schädigung in der Pars reticularis, bei der hypertrophischen Narbe in der Pars papillaris der Cutis. Dem entsprechend findet man beim Keloid einen dauernden Schwund von elastischen Fasern in der retikulären Cutisschicht, bei der hypertrophischen Narbe in der Papillarschicht. In späteren Entwicklungsstadien des Keloids ist eine ausgiebige Regeneration von elastischen

Fasern in der Papillarschicht wieder eingetreten, während jede Spur von Regeneration in der tieferen Cutislage fehlt.

Die verschiedenartige Lokalisation der Schädigung innerhalb der Cutis lässt sich auch an anderen Merkmalen erkennen. In Keloiden fehlen Haare und Hautdrüsen, in hypertrophischen Narben können sie unverändert sein. Die Matrikularschicht dieser Organe hat in dem einen Falle Noth gelitten, in dem anderen nicht. In Keloiden hat der Vortr. markhaltige Nervenfasern in sehr charakteristischer Anordnung angetroffen. Der Vortr. vergleicht das Keloid an der Haut mit dem Aneurysma der Arterie, was seine Ätiologie und Entwicklung betrifft. Unna und seine Schüler haben nachgewiesen, dass das elastische Gewebe das Stützgerüst der Haut darstellt. Seine Schädigung vermindert die Widerstandsfähigkeit der Haut. Durch die Schädigung dieser Zwischensubstanz (Weigert) wird das physiologische Gleichgewicht der Haut aufgehoben; sie regt zur kompensatorischen Bindegewebswucherung an. Die besondere Art des Bindegewebes beim Keloid erklärt sich aus seiner gesteigerten funktionellen Arbeitsleistung.

Als Behandlungsmethode für Keloide empfiehlt der Vortr. ihre Excision und die Transplantation des dadurch entstehenden Defektes nach Thiersch. Er hat sich von dem Erfolge dieser Behandlungsmethode mehrfach überzeugen können da, wo anderweitige chirurgische und auch sonstige Behandlungsmethoden erfolglos geblieben waren. Ob die Transplantation auf den granulirenden Defekt gleich günstig wirkt, kann der Vortr. noch nicht angeben.

Die Gründe, die ihn bestimmt haben, diese Behandlungsmethode zuerst anzuwenden, wird er in einer in den »Beiträgen zur Chirurgie« erscheinenden ausführlichen Arbeit erörtern. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Lauenstein (Hamburg) hat eine experimentelle Erfahrung machen können an einem Seemann mit ausgedehntem Keloid nach Verbrennung. Er machte 6—8 cm lange Einschnitte der Hautspannung entsprechend von verschiedener Tiefe. Die oberflächlichen, nur Epithel und Cutis durchdringenden heilten ohne, die bis ins Unterhautbindegewebe reichenden wiederum mit Keloidentwicklung.

Sendler (Magdeburg) unterstützt Goldmann's Ausführungen. Bei Keloid auf Impfnarben hat ihm die einfache Ausschneidung Recidiv ergeben. Erst die Ausschneidung mit nachfolgender Transplantation brachte Heilung. **Christel** (Metz).

---

7) **Levy-Dorn** (Berlin). Der Schutz des Untersuchers gegen Röntgenstrahlen.

Die Thatsache, dass die Röntgenstrahlen unter Umständen Schaden herbeiführen können, wird heute kaum von Jemand ernstlich in Zweifel gezogen werden können. Dagegen ist die genauere

Ursache dafür noch nicht sicher festgestellt. Es ist nicht einmal ausgemacht, ob die Strahlen selbst oder nicht vielmehr Nebenerscheinungen, welche beim Betriebe der Röntgenröhren auftreten, zu beschuldigen sind. Um meine Ansicht kurz anzuführen, so muss ich sagen, dass wahrscheinlich beide, X-Strahlen sowohl als sie begleitende Energieformen, wie elektrische Ausstrahlungen, eine Rolle dabei spielen.

Wie dem auch sei, jedenfalls dürfen wir, so lange der Sachverhalt noch nicht aufgeklärt ist, unsere Maßregeln zum Schutz gegen Röntgenstrahlen nur auf empirischer Grundlage aufbauen. Ich habe nun auf dem Chirurgenkongresse 1898 bereits eine Schutzvorichtung beschrieben, der im Wesentlichen 2 Gesichtspunkte zu Grunde liegen: 1) Die Strahlen werden, so weit sie nicht gerade zum Entwerfen des Bildes gebraucht werden, mittels dicker Bleiblenden zurückgehalten. 2) Die Strahlen, welche bei der Untersuchung mit dem Fluorescenzschirm den Beobachter nach dem Durchgange durch den Schirm nur wenig geschwächt treffen würden, werden durch eine Spiegelglasscheibe aufgefangen, welche den Fluorescenzstrahlen keinen wesentlichen Widerstand leistet, den Röntgenstrahlen aber den Durchgang wesentlich erschwert. Es sind seitdem eine Reihe Schutzapparate angegeben worden, welche mehr oder weniger nach denselben Grundsätzen gebaut sind. Sie haben alle den Fehler, dass ihr Gebrauch wegen der Schwere der benutzten Metalle ein umständlicher ist. Die Erfahrungen bei der Röntgotherapie haben uns jedoch gelehrt, dass wenige Blätter Stanniol schon ausreichen, einen weitgehenden Schutz gegen die X-Strahlen zu gewähren. Mit Berücksichtigung dieser Erfahrung hat Redner einige einfache Apparate von der Firma Reiniger, Gebhart & Schall zusammenstellen lassen, welche er demonstrirt:

1) Ein Schutzrahmen für den Fluorescenzschirm ist so eingerichtet, dass er leicht vom Untersucher gehalten werden kann. Der Schirm kann ohne Mühe hineingelegt und herausgenommen werden.

2) Ein Schutzrouleau ermöglicht bei dem an einem Stativ befestigten Schirme, bequem hinter der Schutzwand zu arbeiten. Der Schirm wird in das Rouleau hineingesetzt. Dies selbst wickelt sich beim Aufziehen unten um so viel ab, als es um die obere Walze herumgeht. Beim Herunterlassen findet das Umgekehrte statt. Es kann also in der Metallwand während des Verstellens des Rouleau nie eine Lücke zwischen Beobachter und Röntgenrohr entstehen.

Der Fluorescenzschirm ist bei der ersten wie zweiten Vorrichtung mit einer Spiegelglasscheibe bedeckt.

3) Ein Lampenhalter mit Schutzmanschette dient dazu, die Regulation des Rohres durch Erhitzen während des Betriebes ungefährlich zu machen. (Selbstbericht.)

8) **A. Fränkel** (Wien). Über Wundbehandlung nach Operationen wegen lokaler Tuberkulose.

Ein Bedürfnis nach Wundheilmitteln stellt sich bei den heutigen auf prophylaktischer Grundlage aufgebauten Wundbehandlungsmethoden erst dann ein, wenn Störungen des Verlaufes eintreten, entweder im Sinne septischer Infektion, oder wenn die reparatorischen Vorgänge in den Wunden aus irgend einem Grunde ausbleiben. Für die septische Infektion bildet bis auf Weiteres noch immer das beste Wundheilmittel das chirurgische Messer.

Eine besondere Stellung nehmen die Wunden nach Operationen wegen lokaler Tuberkulose ein, weil es sich hierbei oft um starrwandige Wundhöhlen handelt, nach den Operationen häufig Reste kranken Gewebes zurückbleiben oder unter einem ungünstigen Allgemeinzustande die Regenerationskraft der wunden Gewebe leidet.

Auch nach den operativen Eingriffen besteht die therapeutische Aufgabe eben so wie bei der konservativen Behandlung namentlich in der Herbeiführung demarkirender Proliferationsvorgänge. Diesem Bestreben entsprachen auch die bisher üblichen therapeutischen Verfahren, mögen nun hierbei chemische, thermische oder mechanische Maßnahmen in Anwendung gezogen worden sein.

Die ätiologische Therapie, sei es in Form der Antiseptica oder des Tuberkulins, hat den Erwartungen nicht entsprochen. Von den dieser Gruppe beigezählten Mitteln hat sich nur das Jodoform bewährt, von dem wir heute wissen, dass es im bakteriologischen Sinne des Wortes ein Antisepticum nicht ist. Die bisherigen Studien über die histologischen Wirkungen des Jodoforms gipfeln noch immer in der Annahme, dass dem Mittel specifische Wirkungen auf das Gewebe zukämen, die als lokale Jodwirkungen aufgefasst werden. Dagegen spricht die verhältnismäßig außerordentlich geringe Menge von nachweisbarem Jod im Urin und in den Organen, die große Beständigkeit des Mittels, seine Schwerlöslichkeit in den Geweben und endlich die evidente Verschiedenheit der Symptome der Jodoformintoxikation vom Jodismus. Endlich der Umstand, dass die seit Jahren übliche Anwendung von durch hohe Hitzegrade sterilisirtem Jodoform ein Verfahren darstellt, das alles Jod aus den Präparaten verflüchtigt, mithin überhaupt kein freies Jod in Aktion treten lässt.

F. hat vergleichende histologische Untersuchungen durchgeführt, welche einerseits jodoformirte Wunden betrafen, andererseits Wunden, die mit schwer löslichen indifferenten Pulvern (Knochenkohle, Pflanzenkohle, Semen lycopodii) behandelt wurden. Letztere in sterilem oder nicht sterilem Zustande. Diese Untersuchungen ergaben, dass die histologischen Bilder an den jodoformirten Geweben sich vollständig mit jenen decken, die an den mit nicht sterilen indifferenten Pulvern behandelten zu beobachten waren. Sterile indifferente Pulver wirken auf die wunden Gewebe lediglich im Sinne der Anregung fibroplastischer Proliferationsvorgänge an den fixen Zellen. Hier wie dort ist

das eigentlich Wesentliche die Fremdkörperwirkung des in die Gewebe eingeheilten Pulvers, das, wenn es in sterilem Zustande verwendet wird, die dem Jodoform zukommenden entzündlichen Begleiterscheinungen vermissen lässt. Um die Jodoformkrystalle lagern sich direkt Fremdkörperriesenzellen an, in gleicher Weise wie um die eingeheilten Kohlenpartikel.

Sowohl die entzündlichen Wirkungen des Jodoforms auf das Gewebe, als auch dessen fibroplastische Wirkungen lassen sich gut mit den günstigen Wirkungen in Einklang bringen, die das Mittel auf inficirte, namentlich tuberkulöse Gewebe aufweist. Aber eine specifische Wirkung des Jodoforms ist darin nicht gelegen. Seine Wirkung setzt sich aus zwei Komponenten zusammen: 1) der entzündungserregenden; diese wird durch die wechselnde Art der mit dem Jodoform eingebrachten Bakterien bewirkt; 2) der fibroplastischen, welche der mechanischen Wirkung des Pulvers als solchem zukommt. Für die Therapie der lokalen Tuberkulose kommt vor Allem die letztere in Betracht. Diese aber lässt sich in voller Reinheit durch andere, ungiftige, indifferente Pulver ersetzen.

F. hat auf Grund dieser theoretischen Vorarbeiten bei der Wundbehandlung nach Operationen wegen lokaler Tuberkulose das Jodoform durch Carbo ossium purissimus sterilisatus ersetzt und das letztere Mittel besonders desshalb gewählt, weil es schon seit Alters her sich als Wundheilmittel bewährt hat, weil ferner die Knochensalze der Knochenkohle zur Festigung des neugebildeten Narbengewebes beitragen könnten, und endlich auf Grund der Befunde bei Lungenanthrakose, die vielfach als ausgeheilte Tuberkulose gedeutet werden. Angewendet wurde die Knochenkohle entweder in Glycerinemulsion, oder als reines Pulver, mit welchem nach vorheriger sorgfältiger Blutstillung die Wundflächen verrieben wurden, oder endlich als lockere Knochenkohlen-Gazetamponade.

Die auf diese Weise erzielten Resultate sind jenen bei Jodoformanwendung gleichwerthig. Am günstigsten gestaltete sich der Verlauf nach Operationen wegen geschlossenen, von unveränderter Haut bedeckten kalten Abscessen und Knochen- und Gelenktuberkulose, wo nach vollständiger Ausräumung des tuberkulösen Gewebes und Karbonisirung der ganzen Wundfläche eine dichte Hautnaht angelegt werden konnte. In solchen Fällen war fast durchaus fieberloser Verlauf und prima intentio zu beobachten. Eben so verliefen auch jene Fälle durchaus günstig, wo von vorn herein wegen ausgedehnter Miterkrankung der Haut auf die Naht verzichtet wurde und mit Tamponade mit steriler Kohlengaze behandelt wurde. Ungünstigeren Verlauf wiesen nur jene Fälle auf, wo die Hautnaht unter starker Spannung angelegt wurde, die Nähte in Folge dessen sekundär durchschnitten und aufgingen. Diese Gruppe zeigte auch öfters fieberhaften Verlauf. Die Recidive halten sich bei dieser Behandlungsart in denselben Grenzen, wie bei der Jodoformtherapie.

F. demonstirt das histologische Bild der Innenwand eines kalten Abscesses, der mit Injektion von Kohlenglycerin vorbehandelt war und bei dem nach 14 Tagen die Haut gespalten und ein Stück der Abscesswand zum Zwecke der histologischen Untersuchung excidirt wurde. Der hierbei erhobene Befund deckt sich vollkommen mit jenen, die von v. Bruns und Nauwerk seiner Zeit bei jodoformirten kalten Abscessen vermerkt wurden. Die pyogene Membran erscheint durch ein reich vascularisirtes Granulationsgewebe ersetzt, in welchem die Kohlenpartikel eingeheilt erscheinen.

Die hauptsächliche Voraussetzung der geschilderten Behandlung ist die Anwendung eines vollkommen reinen Präparates der Knochenkohle und deren sorgfältigste Sterilisation unmittelbar vor dem Gebrauche. F. sieht in den günstigen Ergebnissen der praktischen Durchführung der Ausnützung von indifferenten, sterilen Fremdkörperreizen bei der Wundbehandlung nach Operationen wegen lokaler Tuberkulose eine Bestätigung der durch die histologischen Untersuchungen gewonnenen Anschauung, dass das eigentlich Wirksame der Jodoformwirkung keine specifische, keine chemische Wirkung darstelle, sondern dass hierbei dem mechanischen Momente und dem Einflusse des Pulvers als solchem auf das Gewebe die Hauptrolle zufalle. Durch die hierbei hervorgerufene Gewebsproliferation kommen auch indirekt baktericide Einflüsse in Betracht.

(Selbstbericht.)

---

9) v. **Bruns** (Tübingen). Über die Anwendung reiner Karbolsäure bei septischen Wunden und Eiterungsprocessen.

Wenn unsere Maßnahmen, um Operationswunden aseptisch anzulegen, zu einem gewissen Abschlusse gekommen sind, so lässt dagegen unsere Behandlung inficirter Wunden an Sicherheit noch viel zu wünschen übrig. Die Zeiten sind vorüber, in denen man alles Heil von dem Überschwemmen mit antiseptischen Lösungen erwartete; sie kamen in Misskredit, weil sie die Gefahr der Vergiftung mit sich bringen, wie Karbol und Sublimat, und weil sie thatsächlich in Berührung mit den eiweißreichen Sekreten und Geweben des Körpers ihre Wirksamkeit einbüßen, wie Sublimat, essigsaure Thonerde u. A. Man überzeugte sich, dass es überhaupt mit keinem Desinfektionsmittel gelingt, eine septische Wunde aseptisch zu machen, und man fand bei einer Vergleichung der Wirksamkeit der aseptischen und antiseptischen Behandlung inficirter Wunden, dass beide gleich viel oder gleich wenig leisten.

So legen wir denn den Hauptwerth auf die physikalische Wirkung unserer Maßnahmen; vielfach wird ja auf die Antiseptica ganz verzichtet und zur Irrigation und zum feuchten Verbande nur sterile Kochsalzlösung benutzt.

Aber wir sollten doch auf die chemische Desinfektion nicht verzichten und immer wieder nach einem Verfahren suchen, das

keimtödtend wirkt, ohne zu schaden. In dieser Richtung habe ich in letzter Zeit wieder Versuche angestellt, welche einen günstigen Erfolg versprechen, wenn sie auch noch nicht abgeschlossen sind.

Es handelt sich um die Desinfektion mit reiner Karbolsäure. Das mag großes Bedenken erregen, namentlich wenn man sich aus der Zeit der Lister'schen Karbolantisepsis erinnert an die zahllosen Fälle von Karbolekzem, von Karbolintoxikation, von Karbolmarasmus und an die Fälle von Karbolgangrän. Und das Alles wurde durch den Gebrauch verdünnter Lösungen verschuldet, wie viel schlimmer wird dann die koncentrirteste Lösung, die 96%ige Karbolsäure wirken, sollte man meinen. Diese Befürchtung ist zuerst widerlegt durch das Lewis'sche Verfahren der Hydrocelebehandlung mittels Injektion von reiner Karbolsäure in den Sack der zarten Scheidenhaut des Hodens: das Verfahren bewirkt niemals Intoxikation und zeichnet sich durch geringe Reaktion und absolute Schmerzlosigkeit aus. Neuerdings hat Phelps die Wundbehandlung mit reiner Karbolsäure für die Eröffnung tuberkulöser Abscesse und Gelenke, namentlich des Hüftgelenkes geübt und auf Grund glänzender Erfolge empfohlen. Das Gelenk wird breit eröffnet, ausgeschabt oder resecirt und dann mit reiner Karbolsäure gefüllt, die nach 1 Minute mittels absoluten Alkohols ausgewaschen wird. Phelps erklärt den Alkohol geradezu als Antidot gegen die Ätzwirkung der Karbolsäure.

Durch diese Vorgänge war die Anwendbarkeit reiner Karbolsäure in Wunden nachgewiesen worden. Aber es mussten natürlich erst eine Reihe von Fragen auf experimentellem Wege beantwortet werden, ehe wir an die praktische Anwendung des Verfahrens gingen. Die Experimente wurden von Herrn Dr. Honsell angestellt, der selbst über die Ergebnisse berichten wird. Ich will nur anführen, dass die Karbolsäure in koncentrirter Lösung sich relativ weniger toxisch zeigt, als in verdünnter, dass die Tiefenwirkung bei kurzer Einwirkung nur eine geringe ist und dass die baktericide Wirkung der reinen Karbolsäure die das Sublimats in eiweißhaltigen Medien weit übertrifft.

Unter diesen Voraussetzungen schien mir nun die Anwendung des Phelps'schen Verfahrens gerade bei septischen und Eiterungsprocessen von größtem Werthe. Wir haben es in mehr als 80 Fällen von inficirten Wunden, Phlegmonen, Gelenkvereiterungen etc. angewandt. Nach vorgängiger Spaltung, event. Ausschabung oder Excision der Wunde wird zunächst die umgebende Haut zum Schutze gegen die überfließende Karbolsäure mit absolutem Alkohol benetzt, dann wird die Wunde mit einem in reine Karbolsäure getauchten Gazetupfer gründlich ausgewischt und sofort mit absolutem Alkohol ausgespült. Die Menge der verwendeten Karbolsäure richtet sich nach der Größe der Wunde, aber mehr als 2—6 g wurde selbst bei den größten Wunden nicht verwendet, also dieselbe Menge, welche ungestraft in den Hydrocelesack eingespritzt und sogar darin belassen wird.

Wie diese Karbolätzung selbst nicht besonders schmerzhaft ist, so dass man sie im Nothfalle ohne Narkose vornehmen kann, ist auch der Nachschmerz bei frisch angelegten Incisionen auffallend gering. Besonders bemerkenswerth ist aber die geringe Sekretion unter dem ersten Verbande, so dass dieser meist 2—4—6 Tage lang liegen bleiben kann, wo wir sonst schon nach 12—24 Stunden hatten regelmäßig wechseln müssen. Beispielsweise blieb bei einer Hüftgelenksresektion wegen schwerer akuter puerperaler Vereiterung mit ausgedehnter periartikulärer Eiterung der 1. Verband 4 Tage liegen, während die Temperatur sich annähernd normal hielt.

Schon hieraus geht hervor, dass die einmalige Karbolätzung den Zustand septischer Wunden günstig beeinflusst. Der Verlauf gestaltet sich in der That einfacher und glatter, als man ihn sonst zu beobachten gewohnt ist. Dabei ist niemals eine örtliche Schädigung, niemals eine Spur von Vergiftungserscheinungen, nicht einmal Karbolurin zur Beobachtung gekommen.

Der Erfolg beruht offenbar darauf, dass die Karbolsäure zu den wenigen Antisepticis gehört, deren keimtödtende Kraft durch die Sekrete und Gewebe des Körpers nicht abgeschwächt wird. Die reine Karbolsäure vernichtet mit Sicherheit die Bakterien auf der Oberfläche und wohl auch in den oberflächlichsten Schichten der Wunde. Außerdem bewirkt die oberflächliche Verschorfung eine Reaktion der tieferen Schichten, welche die Demarkation und Abstoßung der septisch infiltrirten Theile, also den Reinigungsprocess der Wunde unterstützt.

Nach alledem stehe ich nicht an, die Anwendung der reinen Karbolsäure in kleiner Menge und auf die Dauer einer Minute beschränkt mit unmittelbarer Auswaschung durch absoluten Alkohol als ein Mittel zu empfehlen, das unsere bewährten mechanischen Maßnahmen bei septischen Wunden und Eiterungsprocessen wirksam unterstützt. (Selbstbericht.)

---

10) **Honsell.** Zur Desinfektion septischer Wunden.

Anknüpfend an den v. Bruns'schen Vortrag referirt H. über eine Reihe von experimentellen Untersuchungen über das Phelps-sche Verfahren, dessen eventuelle Gefährlichkeit, so wie die Art und Weise seiner Wirkung. Es ergab sich, dass von der Karbolverätzung septischer Wunden keine schädlichen Nebenwirkungen zu befürchten sind, wenn — bei Erwachsenen — eine Gesammtdosis von 6 g reinen Karbols nicht überschritten, wenn ferner das Agens nach 1 Minute durch Abspülen wieder entfernt wird. Zum Abspülen erwies sich absoluter Alkohol als vortheilhafter denn wässrige Spülmittel, weil durch den Alkohol das Karbol zuverlässiger aus der Wunde entfernt werden kann. Die günstigen Erfolge, die mittels des Phelps'schen Verfahrens erzielt wurden, dürften wesentlich auf die antiseptische Kraft der reinen Karbolsäure zu beziehen sein; reines Karbol wird

durch Gewebe und Sekrete nicht paralysirt und wirkt daher in Wunden wie überhaupt in eiweißhaltigen Medien weit energischer als unser Desinfektionsmittel κατ᾽ἐξοχήν, das Sublimat. Nach den angestellten Thierversuchen ist ferner auch eine gewisse Dauerwirkung anzunehmen. Verwendung soll das Phelps'sche Verfahren nur als Unterstützungsmittel der weit wichtigeren mechanischen Desinfektion finden, und es soll ferner nicht bei allen eitrigen Wunden gebraucht werden, sondern nur bei sehr schweren septischen Vereiterungen, z. B. bei Gangrän des Wundbezirkes und anderen ähnlichen Fällen, bei denen man sich sonst des Chlorzinks oder des Glüheisens zu bedienen pflegt. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Küster (Marburg) empfiehlt von Neuem das Ferrum candens gegen inficirte Wunden, nicht den Thermokauter, sondern das alte Glüheisen. Kein Mittel sei geeigneter zur Bekämpfung beginnender Sepsis. Vor reiner Karbolsäure möchte K. warnen, wie er dies schon seit 1875 ständig gethan.

König (Berlin) betont, dass wir in der Heilung schwerer septischer Processe gegen früher doch erheblich weiter gekommen sind. K. hat die alte Technik der möglichst freien Bloßlegung inficirter Wunden nie verlassen und hält sie für das beste Mittel zur Bekämpfung der Sepsis. Die Bakterien sind Dunkelthiere; daher muss alles von ihnen inficirte Gewebe frei gelegt werden. Als chemisches Desinficiens bevorzugt K. das Chlorzink.

In der Behandlung der lokalen Tuberkulose liegt der Hauptfortschritt in der totalen Entfernung alles erkrankten Gewebes; Knochen und Abscess müssen exstirpirt werden, wie eine bösartige Geschwulst. Das Jodoform spielt hierbei nach K. eine Nebenrolle. Wo nicht alles Erkrankte fortgenommen werden kann, da hilft auch kein Jodoform. **Jaffé** (Hamburg).

---

11) J. v. **Mikulicz** (Breslau). Die verschiedenen Methoden der Schmerzbetäubung und ihre Indikationen.

v. M. weist zunächst darauf hin, dass seit der Gurlt'schen Narkosenstatistik die Sachlage sich wesentlich verändert habe: nicht mehr, welches Inhalationsnarkoticum anzuwenden sei, sei heute die Hauptfrage, sondern in welchen Fällen man die Inhalationsnarkose durch die lokale Anästhesie ersetzen könne. Nachdem jetzt die leidenschaftliche Parteinahme für und wider einer ruhigeren Auffassung Platz gemacht habe, könne man suchen objektiv eine Grenze festzustellen. Nachdem Redner die verschiedenen Methoden der lokalen Anästhesie: Erfrierung, Cocainisirung der Schleimhäute, subkutane Cocaininjektion, besonders nach Oberst und Hackenbruch, Schleich'sche Infiltrationsanästhesie und die Bier'sche Rückenmarkscocainisirung einer Kritik unterzogen hat, kommt er zu dem

Schlusse, dass für größere operative Eingriffe nur die Schleich'sche Infiltrationsanästhesie als Ersatzmittel der Narkose in Frage käme. Für Operationen an Fingern, Zehen und am Penis sei die Oberstsche Methode die beste. Bezüglich der Bier'schen Rückenmarkscocainisirung müsse man noch weitere Erfahrungen abwarten; v. M. sei bisher von dem Verfahren sehr befriedigt. Es eigne sich aber noch nicht für den praktischen Arzt wegen der unberechenbaren Zufälle während und nach der Injektion.

Wie weit könne nun die Schleich'sche Anästhesie die Allgemeinnarkose ersetzen?

v. M. scheidet in dieser Hinsicht die Operationen in 3 Gruppen:

1) solche, die unbedingt unter Lokalanästhesie ausgeführt werden sollten, z. B. Exstirpationen kleinerer, namentlich gutartiger Geschwülste, Tracheotomie, Gastrostomie u. A.;

2) solche, die die Narkose unbedingt erfordern: große Operationen am Kopfe, die Mehrzahl der Laparotomien, Operationen am Becken; die meisten Operationen zur Entfernung größerer maligner Geschwülste, insbesondere auch des Mammacarcinoms;

3) zweifelhafte Operationen. Dazu rechnet v. M. einen Theil der Magen-Darmoperationen, die Strumaresektion, die Operation der freien und eingeklemmten Hernie. Bei letzterer operirt v. M. in der Regel unter lokaler Anästhesie.

v. M. theilt mit, dass in der Breslauer chirurgischen Klinik und Poliklinik in den letzten 5 Jahren auf 5765 Inhalationsnarkosen 2649 Infiltrationsanästhesien kamen; von den im aseptischen Operationssaale ausgeführten 3414 größeren Operationen entfielen auf 3059 Allgemeinnarkosen 355 Infiltrationsanästhesien, sämmtlich nach Schleich. Eine vom Redner unter den schlesischen Ärzten veranstaltete Sammelforschung ergab: von 785 Ärzten (die Narkose ausgeführt haben) haben 783 98539 Inhalationsnarkosen ausgeführt, nur 466 die Lokalanästhesie verwendet, davon nur 205 die Schleichsche, im Ganzen 11692mal.

Die Vorzüge der Lokalanästhesie seien: 1) Die Vermeidung der direkten Gefahr der Narkose. 2) Die Vermeidung der Spätfolgen: diese seien die Schädigungen, die das Narkoticum, namentlich das Chloroform, auf Herz, Leber und Nieren ausübe. Die postoperativen Pneumonien, die er früher auf die Inhalationsnarkose bezogen habe, scheinen jedoch dieser nicht so sehr zur Last zu fallen, wie er früher geglaubt habe, sie treten nach Operationen unter Schleich'scher Anästhesie eben so häufig auf als nach Operationen in Allgemeinnarkose. In der Breslauer chirurgischen Klinik kam in den letzten 5 Jahren auf 1007 in Inhalationsnarkose ausgeführte Strumaoperationen und Laparotomien eine Pneumoniemorbidität von 7,5%, Mortalität von 3,4%, auf 273 unter Lokalanästhesie ausgeführte eine Pneumoniemorbidität von 12,8%, Mortalität von 4,8%. Die höhere Morbidität und Mortalität an Pneumonie nach der Schleich'schen Anästhesie sei in diesem Falle gewiss nicht der Schleich'schen

Methode, sondern der Operation oder dem Leiden als solchem zur Last zu legen; denn naturgemäß sei bei Pat. mit schlechtem Allgemeinzustande, namentlich bei Magen-Darmoperationen, von der Allgemeinnarkose möglichst abgesehen worden; die Fälle seien also von Hause aus die ungünstigeren gewesen.

Andererseits könne die lokale Anästhesie bei leicht erregbaren Menschen auch Nachtheile (Chok in Folge von Schmerz, psychischer Erregung) haben; man werde daher bei der Frage, ob Allgemeinnarkose oder Lokalanästhesie, neben dem körperlichen auch den psychischen Zustand der Kranken berücksichtigen müssen. Die Inhalationsnarkose sei und bleibe somit für die Mehrzahl der Operationen vorläufig unentbehrlich.

So lange man nun eine Allgemeinnarkose brauche, müsse man danach streben, dieselbe möglichst ungefährlich zu gestalten. Die Gurlt'sche Statistik habe ergeben, dass bei Äther die Zahl der Todesfälle eine geringere sei als bei Chloroform. Wenn sich trotz dieser Erfahrung der Äther nicht allgemeinen Eingang verschafft habe, so liege das hauptsächlich an der Technik, d. h. an der bisher meist geübten Erstickungsmethode mit der Juillard'schen Maske, die die Kontrolle der Narkose erschwerte. Man müsse also die Technik ändern.

Doch auch das Chloroform an sich sei vielleicht nicht so gefährlich, wie es scheine. Redner hat in seiner Sammelforschung 54 Todesfälle auf 87530 Chloroformnarkosen gesammelt; es entfällt also auf 1683 Narkosen 1 Todesfall[1] (gegen 1 : 2075 in der Gurlt'schen Statistik). Von diesen 54 Fällen sind 7mal die genaueren Verhältnisse nicht angegeben; in 3 Fällen blieb es zweifelhaft, ob die Narkose oder das Grundleiden den Tod herbeigeführt hat; in 4 weiteren Fällen ist der Tod die Folge von Zwischenfällen, die von der Narkose unabhängig waren, gewesen; in den übrig bleibenden 40 Fällen wäre die Narkose 25mal durch Lokalanästhesie ersetzbar gewesen, in 32 von 44 Fällen habe er die Überzeugung, dass die Technik der Narkose keine ganz einwandsfreie war, dass namentlich im Anfange »überdosirt« worden sei. Nur 4mal könne man mit Sicherheit das Chloroform als solches, d. h. ohne dass die Technik oder Indikationsstellung der Narkose in irgend einer Weise anfechtbar gewesen wäre, für den üblen Ausgang verantwortlich machen.

v. M. hält für die wichtigsten Faktoren zur Verminderung der Gefahren der Inhalationsnarkose:

1) Möglichste Einschränkung der Inhalationsnarkose, namentlich auch zum Zwecke einer einfachen Untersuchung.

2) Sorgfältige Beachtung etwa bestehender Kontraindikationen (Herzmuskelveränderungen, septische Zustände); die letztere Kontraindikation werde immer noch zu wenig berücksichtigt.

---

[1] 2 Todesfälle (Hosp.) sind hier nicht eingerechnet, weil nicht dieZahl der ausgeführten Narkosen angegeben ist.

3) Sorgfältige Technik der Narkose. Komplicirte Apparate zur Zuleitung des Narkoticum sind unzweckmäßig wegen der großen individuellen Verschiedenheiten.

4) Äther ist im Allgemeinen dem Chloroform vorzuziehen, aber nicht als Erstickungsnarkose.

v. M. narkotisirt in der letzten Zeit im Wesentlichen nach dem von Hoffmann gemachten Vorschlage, indem er 1 Stunde vorher 0,01 Morphium subkutan injicirt und dann die Äthernarkose zunächst mit der Schimmelbusch'schen Maske beginnen lässt. Nur bei Männern, zumal Potatoren, für die die durch diese Maske verabreichte Äthermenge zu gering ist, wird für eine Zeit die Juillard-sche Maske gebraucht; diese wird aber wieder durch die Schimmelbusch'sche ersetzt, sobald eine genügend tiefe Narkose eingetreten ist. Der Äther ist bei derartiger vorsichtiger Dosirung zweifellos weniger gefährlich als das Chloroform, vor Allem, weil die unmittelbare Gefahr, wie auch die Statistiken ergeben, geringer ist. Der experimentell festgestellte Grund dafür ist, dass beim Äther die Narkotisirungszone viel breiter ist, als beim Chloroform, d. h. der Unterschied zwischen der narkotisirenden und der tödlichen Dosis ist beim Äther ungleich größer als beim Chloroform. Es sind aber auch die Folgezustände der Narkose, namentlich Veränderungen des Herzmuskels, der Leber und der Nieren beim Äther ungleich geringfügiger. Selbstverständlich müssen bei beiden Inhalationsmethoden die bekannten Kontraindikationen — beim Äther Affektionen der Luftwege, beim Chloroform des Cirkulationsapparates — berücksichtigt werden.

v. M. hebt noch hervor, dass für kurzdauernde Narkosen das Bromäthyl sich als wenig gefährliches Mittel empfiehlt, jedoch auch nur mit der Schimmelbusch'schen Maske, nicht etwa mit einem luftdicht abschließenden Korbe oder Helme angewendet.

In jedem Falle müsse das Inhalationsmittel der Individualität entsprechend vorsichtig dosirt und nicht nach einer bestimmten Schablone narkotisirt werden.

5) Die Inhalationsnarkose werde wesentlich erleichtert und weniger gefährlich durch die Kombination mit Morphium, event. mit lokaler Anästhesie (z. B. bei größeren Operationen am Larynx).

6) Nicht immer sei eine tiefe Narkose bis zum Erlöschen der Reflexe nothwendig; häufig, namentlich bei Kindern und Frauen, zumal bei kurzdauernden Operationen, komme man mit Halbnarkose aus.

7) Bei jeder Art der Narkose, auch bei der Äthernarkose, müsse Athmung und Puls ununterbrochen kontrollirt werden. Bei den geringsten bedrohlichen Erscheinungen solle sofort die künstliche Athmung ausgeführt werden. (Selbstbericht.)

---

12) **H. Wohlgemuth** (Berlin). Über eine neue Sauerstoff-Chloroformnarkose.

W. demonstrirte einen Apparat, dessen Wesen darin besteht, dass aus einem Cylinder mit komprimirtem Sauerstoff unter regulirbarem Drucke Luft ausströmt, die durch einen am Cylinder selbst angebrachten, automatisch und regulirbar tropfenden Chloroformapparat streicht und dieses Chloroform, indem es sich innig mit demselben mischt, gasförmig in die geschlossene, nur mit einem Exspirationsventil versehene Maske leitet. Die zahlreichen Versuche, die W. in der v. Bergmann'schen Klinik und im jüdischen Krankenhause bei Herrn Prof. Israel etc. gemacht hat, haben in Bezug auf das Aussehen der Pat., Puls, Athmung, schnellstes Erwachen, den Mangel jeglicher Cyanose oder irgend welcher toxischen Nachwirkungen derartig auffallend günstige Resultate geliefert, dass W. den Eindruck hat, dass bei der Sauerstoff-Chloroformnarkose eine Asphyxie oder gar eine Athmungs- oder Herzlähmung nicht eintritt. Der Chloroformverbrauch ist bei seiner Methode ein äußerst geringer, so dass bei großen Operationen, Laparotomien, Nierenexstirpationen etc., in einer Stunde nur 7—18 g Chloroform gebraucht wurden. Auffällig war die Pulsfrequenz, die bei jungen und alten Individuen, bei schwer anämischen wie bei fettleibigen, arteriosklerotischen wie bei herzkranken Individuen fast konstant 60 Schläge betrug. Ein kleiner Puls wurde unter der Narkose voll und blieb es bis zum Ende derselben. Das Erwachen erfolgte schnell wie aus einem Schlafe, in den meisten Fällen noch auf dem Operationstische, mit völlig klarem Bewusstsein. Erbrechen nur in 20% aller Fälle, mit Einschluss aller poliklinischen Nichtvorbereiteten, erfolgte höchstens 1—2mal beim ersten Erwachen. Kopfschmerzen und Katzenjammer traten nie auf. Auch bei kleinsten Kindern wurde nie eine Spur von Cyanose beobachtet. Die Narkose war allen Pat. eine angenehme. Seine Erfahrungen erstrecken sich auf 181 Fälle. (Selbstbericht.)

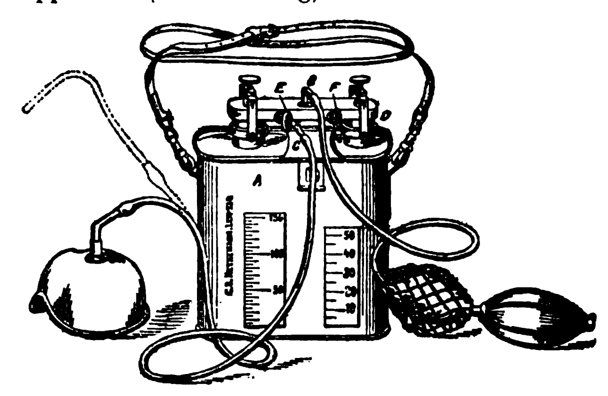
---

13) **H. Braun** (Leipzig). Über Mischnarkosen. Demonstration eines Apparates zur Äther-Chloroformnarkose.

Bei rationeller Verwendung von Äther-Chloroformdampfgemengen können die Vortheile beider Mittel benutzt, ihre Nachtheile aber auf ein geringeres Maß reducirt werden, als es mit einem von ihnen allein möglich ist. Als Grundlage der Mischnarkose ist die Äthernarkose anzusehen. Denn das Chloroform verursacht, in größeren Mengen gebraucht, protoplasmatische Degenerationen in Leber, Herz und Nieren, deren Folgen wir nicht übersehen können; dem Äther geht diese Eigenschaft ab. Der Chloroformverbrauch ist daher auf das eben nöthige Maß zu beschränken.

Die bekannten üblen Nebenwirkungen des Äthers von Seiten der Athmungsorgane während und nach der Narkose entstehen nur,

wenn die Koncentration der Atherdämpfe in der Athmungsluft eine individuell variable Größe übersteigt. Verdünnte Ätherdämpfe machen diese Nebenwirkungen nicht. Sie sind desshalb allein zur Narkotisirung zu verwenden und reichen hierzu bei wenig widerstandsfähigen Individuen, so wie zur Unterhaltung einer bereits eingeleiteten Narkose auch aus. Reichen sie nicht aus, so ist nicht ihre Koncentration zu steigern, sondern es ist ihnen nach Bedarf Chloroformdampf beizufügen. Die nöthigen Chloroformmengen sind großen individuellen Schwankungen unterworfen. Um also die Vortheile der Mischnarkose ganz ausnutzen zu können, bedarf man einer Vorrichtung, welche gestattet, einer Maske bald reine verdünnte Ätherdämpfe, bald nach Belieben zu verändernde Mischungen von Äther- und Chloroformdämpfen, event. auch reine Chloroformdämpfe zuzuführen. Dies wird erreicht durch eine einfache Modifikation des Junker'schen Chloroformapparates (s. Abbildung).



Derselbe besitzt eine größere Flasche für Äther, eine kleinere für Chloroform; der mit Hilfe eines Doppelgebläses der Maske zuzuleitende Luftstrom kann nach Belieben durch den Äther oder durch das Chloroform oder durch beide geschickt und durch 2 Hähne (E, F) regulirt werden. Man beginnt die Narkose in der Regel mit Äther-Chloroformdampfmischungen und narkotisirt nach Eintritt des Toleranzstadiums mit Äther allein weiter. Erfolgt eine unerwünschte Abflachung der Narkose, so wird während einiger Athemzüge wieder Chloroform eingeschaltet. Bei sehr widerstandsfähigen Individuen braucht man bisweilen zur Einleitung der Narkose reines Chloroform, bei wenig widerstandsfähigen Personen kann dasselbe oft ganz entbehrt werden. Die erhaltenen Narkosen zeichnen sich aus durch das Fehlen von Störungen der Herzthätigkeit und der Athmung, insbesondere auch der sog. Äthersymptome, durch das schnelle Erwachen der Kranken nach der Narkose und durch die geringen Nachwirkungen derselben: Erbrechen erfolgt auch nach langen Narkosen nur ausnahmsweise. (Der Apparat ist zum Preise von 46 Mark von C. G. Heynemann, Leipzig, Thomasring 1 zu beziehen.)

(Selbstbericht.)

14) **Krönlein.** Über totale Oberkieferresektion wegen maligner Geschwülste und Inhalationsnarkose.

K. macht aufmerksam auf die sonderbare Erscheinung, dass die unmittelbaren Resultate der totalen Oberkieferresektion, seitdem diese Operation in die Chirurgie eingeführt worden ist, d. h. seit ca. 70 Jahren, im Ganzen keine deutliche Besserung erfahren haben, dass die unmittelbare Mortalität der Operation sogar in früheren Zeiten bei verschiedenen Operateuren eine geringere war als sie es bei einzelnen modernen Chirurgen heute ist. Er belegt diese Behauptung durch eine statistische Tabelle, welche größere Beobachtungsreihen bekannter Chirurgen der letzten 70 Jahre (seit Dieffenbach) enthält, und findet die Erklärung für diese Thatsache in der Ein- und Durchführung der Inhalationsnarkose auch bei dieser Operation. Wie immer auch die Chirurgie versucht hat, die Gefahren der Inhalationsnarkose gerade bei der Oberkieferresektion zu vermindern oder gar zu beseitigen — es muss festgestellt werden, dass es auch heute noch kein Verfahren der Narkose giebt, welches allgemein befriedigt und dieses Ziel zu erreichen im Stande ist. — Nur eine Einschränkung der Inhalationsnarkose bei dieser Operation, und zwar in so enggezogene Grenzen, dass eigentlich nur noch von einer suggestiven Wirkung, von einer Scheinnarkose gesprochen werden kann, vermag die große Gefahr bei der Oberkieferresektion zu vermindern, vielleicht sogar ganz zu heben; diese Gefahr besteht in der Aspirationspneumonie und, wenn auch seltener, in der plötzlichen Suffokation durch Überschwemmung der großen Luftwege mit Blut während der Operation. K. zeigt dies genauer durch die Analyse der Todesursachen bei den Oberkieferresektionen einzelner moderner Chirurgen, deren Material in genügender Ausführlichkeit mitgetheilt ist (König und Küster).

Die Folgerung, welche K. aus diesen Erfahrungen gezogen und welcher er seit 20 Jahren bei allen seinen Oberkieferresektionen Rechnung getragen hat, ist die, dass die Inhalationsnarkose bei der Oberkieferresektion am besten entweder ganz unterlassen oder aber nur für die ersten Hautschnitte, mehr pro suggestione, angewandt werde. Die Operation ist sehr wohl so durchzuführen, und die Gefahren derselben werden damit wesentlich vermindert. K. beweist dies mit seinen eigenen Erfahrungen. Dieselben umfassen 35 totale, wegen Carcinom und Sarkom ausgeführte Oberkieferresektionen. Von den Operirten starb in Folge der Operation ein einziger, und dieser an einer eitrigen Basalmeningitis, nachdem bei der Resektion die Schädelbasis durch das verjauchende Carcinom als bereits perforirt nachgewiesen worden war. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Rydygier (Lemberg) kann als gewesener Assistent Ried's die Vermuthung Krönlein's bestätigen, dass Ried seine vorzüglichen Re-

sultate bei der Oberkieferresektion zum größten Theil wirklich dem Umstande verdankte, dass er nur in halber oder vielmehr Viertelnarkose operirte. Außerdem hat er niemals die präventive Tracheotomie ausgeführt. Diesen Grundsätzen getreu verfährt R. eben so in seiner Klinik und hat bei einer nicht unerheblichen Zahl von Oberkieferresektionen eben so gute Resultate aufzuweisen. (Selbstbericht.)

Riedel (Jena) hat bei Oberkieferresektionen mit der Trendelenburg'schen Kanüle schlechte Erfahrungen gemacht, die Narkose jedoch beibehalten. Die Durchschneidung des Knochens macht R. möglichst rasch in der Roser'schen hängenden Kopflage. Er hält die Aspirationsgefahr für größer, als die Gefahren der Blutung. Die Wunde wird nachher tamponirt. R. hat keinen Todesfall bei diesem Verfahren erlebt. Übrigens operirt R. auch seine Hasenscharten bei hängendem Kopfe.

Gussenbauer (Wien) wendet bei Oberkieferresektion stets die Narkose bei stark nach vornüber geneigtem Kopfe des Pat. an.

Jaffé (Hamburg).

---

15) **Kohlhardt** (Halle a/S.). Über Entgiftung des Cocains im thierischen Körper.

Vortr. berichtet über das Resultat von Thierexperimenten, welche er über Entgiftung des Cocains anstellte. Er schnürte Kaninchen eine vordere Extremität vermittels eines Gummischlauches so fest ab, dass ein Abfluss von Blut und Gewebsflüssigkeit centralwärts ausgeschlossen schien, injicirte in die abgeschnürte Extremität für die betreffenden Thiere von $4^3/_4$—$5^1/_2$ Pfund Gewicht tödliche Dosen von Cocain (0,2—0,4) und fand, dass die nach Lösung des Schlauches auftretenden Vergiftungserscheinungen verschieden waren, je nachdem der Schlauch längere oder kürzere Zeit gelegen hatte. Löste man ihn nach $^1/_4$ Stunde, so traten die schwersten Vergiftungserscheinungen mit tödlichem Ausgange ein; dieselben nahmen an Intensität und Dauer entsprechend ab (und führten nicht zum Tode), wenn der Schlauch $^1/_2$—1 Stunde gelegen hatte; sie waren ganz minimal oder überhaupt nicht vorhanden, wenn der Schlauch erst nach 1 Stunde und längerer Zeit gelöst wurde. Die Frage, wie der Vorgang dieser Entgiftung zu denken ist, ob das Gift durch das lebende Protoplasma gebunden wird, ob es in eine andere Verbindung übergeführt wird oder ob es durch eine ganz allmähliche Resorption unter gleichzeitiger Ausscheidung unschädlich gemacht wird, lässt er offen, da seine Untersuchungen darüber noch nicht abgeschlossen sind. (Selbstbericht.)

---

16) **Bier.** Weitere Erfahrungen über Rückenmarksanästhesie.

B. schildert das Verfahren der Rückenmarksanästhesie und die Erscheinungen, welche dabei auftreten. Es wird vermittels der Quincke'schen Lumbalpunktion Cocain oder eine der verwandten

Mittel in den Lumbalsack eingespritzt. Mit Dosen von 0,005 bis 0,02 g Cocain gelingt es, sehr vollkommene Analgesie der unteren Körpertheile hervorzubringen, so dass man selbst Hüftgelenksexartikulationen, blutige Dehnung des Nerv. ischiadicus, Amputationen an den Beinen etc. schmerzlos darunter ausführen kann. Die Analgesie tritt nach 1—15 Minuten ein und dauert 30 Minuten bis 2 Stunden. Bei kleinen Dosen des Mittels tritt bloß Analgesie ein, bei großen dagegen verschwindet auch die Tastempfindung, Wärme- und Kältegefühl. Leider hat dies in so weit ganz herrlich wirkende Mittel seine großen Schattenseiten. Sehr häufig treten einige Zeit nach der Operation unangenehme Erscheinungen auf. Vor Allem Kopfschmerzen heftigster Art, die tagelang dauern können, Erbrechen, Schwindel, Übelbefinden, Appetit- und Schlaflosigkeit, mehrere Tage andauerndes Schwächegefühl, Schüttelfrost, Temperatursteigerung. Das Schlimmste aber ist, dass auch während der Operation sehr bedenkliche Übelstände bemerkt werden. Man beobachtete Collaps, unwillkürlichen Abgang von Stuhl, ja es sind zweifellos Todesfälle durch Cocain unter den etwa 1200 Operationen, welche unter Rückenmarksanästhesie ausgeführt sind, vorgekommen.

Desshalb ist das Verfahren durchaus noch nicht für die allgemeine Praxis reif, und es ist höchst bedauerlich und verhängnisvoll, dass man von anderer Seite die Sache so dargestellt hat, als sei es verhältnismäßig harmlos. So wie es in den bisher operirten Fällen angewandt ist, ist es mindestens so gefährlich wie die Allgemeinnarkose, vielleicht noch viel gefährlicher und in seinen Folgen unangenehmer.

Desshalb sollen wir das Verfahren erst vervollkommnen, bevor wir es für die allgemeine Praxis empfehlen.

Die Versuche sind nach drei Richtungen hin von B. bereits angestellt.

1) hat er versucht, das giftige Cocain durch verwandte weniger giftige Mittel zu ersetzen. Dabei hat sich bei Thierversuchen zur Evidenz gezeigt, dass im Allgemeinen gefährliche Giftdosis und wirksame analgesirende Dosis in einem gewissen Verhältnisse zu einander stehen, und zwar so, dass man bei weniger giftigen Mitteln auch größere Mengen zur wirksamen Anästhesie nöthig hat, als beim Cocain;

2) hat B. versucht, die giftigen Stoffe vom Gehirn abzuhalten, denn die gefährlichen und unangenehmen Erscheinungen, welche auftreten, müssen ihrer ganzen Natur nach abhängig sein von einer Wirkung der im Liquor cerebrospinalis emporsteigenden Gifte auf Gehirn und verlängertes Mark.

Das Abhalten des Giftes vom Gehirn gelingt bis zu einem gewissen Grade durch das künstliche Hervorrufen einer Stauungshyperämie des Gehirns. Durch das Blut wird der Liquor cerebrospinalis aus dem Schädel verdrängt. Die Hyperämie wird hervorgerufen durch ein nur mäßig stark um den Hals gelegtes Gummiband. Dasselbe muss eine deutliche Hyperämie des Gesichts verursachen,

darf dagegen niemals erhebliche Beschwerden machen. Es wird sofort nach der Einspritzung umgelegt und bleibt noch 2 Stunden nach derselben liegen. Ausgeschlossen sind Kranke, welche an Arteriosklerose leiden.

Bei diesem Verfahren sind die unangenehmen Folgeerscheinungen viel geringer. B. hat statt des Cocains dabei β-Eucain verwandt. Beim Erwachsenen genügen zu einer brauchbaren Anästhesie 0,015 bis 0,02 g für Operationen am Damme, After und an den Unterschenkeln, 0,02—0,03 g bei Operationen am Oberschenkel, Becken und in der Leistengegend.

3) hat B. versucht, durch starke Verdünnungen die anästhesirenden Mittel weniger giftig zu gestalten, da Reclus bewiesen hat, dass dieselbe Dose Cocain, in koncentrirter Lösung angewandt, giftiger ist als in verdünnter. Er hat stets in Verbindung mit der beschriebenen Kopfstauung 0,005—0,008 g Cocain in 5—8 ccm Wasser oder Kochsalzlösung (0,001 Cocain auf 1 ccm Wasser) eingespritzt, nachdem vorher die gleiche Menge Liquor cerebrospinalis abgelassen war. Auf diese Weise gelingt es, sehr hoch hinauf gehende Analgesien (bis in die Arme hinein) hervorzurufen. Aber diese dünnen Lösungen bewirken in der großen Mehrzahl der Fälle unangenehme Nacherscheinungen, wenn auch nicht erheblicher Art, ein Beweis dafür, dass nicht die absolute Menge der giftigen Drogue, sondern das Hinaufsteigen der letzteren nach dem Gehirn hin die unangenehmen Nacherscheinungen hervorruft. Die sehr verdünnten Lösungen geringer Mengen der Anästhetica sind nur bei sehr verständigen Kranken zu gebrauchen, da sie nur die Schmerzempfindung aufheben, während Tastempfindung, Wärme- und Kältegefühl vollständig erhalten bleiben. Der Kranke merkt also Alles, was mit ihm geschieht. Dadurch sind der Brauchbarkeit dieses Verfahrens verhältnismäßig enge Grenzen gezogen. B. ist der Ansicht, dass die Rückenmarksanästhesie noch gänzlich unfertig ist und der Vervollkommnung bedarf; er warnt sehr davor, das Verfahren für ungefährlich zu halten. Es sind noch mannigfache Versuche nothwendig, dasselbe zu verbessern, und die Erfahrungen sollten mit großer Vorsicht gesammelt werden. Trotzdem glaubt B., dass das Verfahren eine Zukunft hat. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Schwarz (Agram) will seine im »Centralblatt für Chirurgie« erfolgte Mittheilung über seine Erfahrungen in Bezug auf die Anwendung der medullären Tropacocainanalgesie ergänzen, da er nun über 44 Fälle dieser Art verfügt. Bei Anwendung einer Dose von 0,04, in den höheren Partien von 0,05 Tropacocain erzielte er nach Ablauf von 10, noch sicherer von 15 Minuten eine vollständige, den ganzen Bereich der unteren Extremitäten umfassende Analgesie. Er konnte unter absoluter Schmerzlosigkeit Operationen am Fußskelett, Amputationen und Nekrotomien am Unter- und Oberschenkel, Kniegelenksresektionen, eine äußere Urethrotomie, Excisionen von

Hämorrhoiden und Operationen von Analfisteln vornehmen. Bei Operationen in der Leistengegend ist zuweilen nur eine bedeutende Hypalgesie erzielbar. Die Steigerung der Dose auf 0,06 und 0,07 war nach seinen bisherigen Erfahrungen nicht im Stande, eine Verschiebung der Grenzlinie des analgetischen unteren Körperbereiches nach oben zu bewirken. In einem Falle konnte er mit 0,05 Tropacocain eine Ventrofixatio uteri unter kompleter Analgesie ausführen. Der Analgesirungseffekt bei Anwendung der erwähnten Dosen von Tropacocain ist also im Großen und Ganzen eben so wunderbar wie bei der der üblichen Dosen Cocain, nur reicht bei Cocainanwendung die Grenzlinie des schmerzlosen Bezirkes etwas höher hinauf, bis zur Nabellinie oder noch höher. Vergleicht man dagegen die Nebeneffekte bei Cocain- und Tropacocainanwendung, so ergeben sich sehr bedeutende Differenzen. Das etwa 20—30 Minuten nach der spinalen Cocaininjektion sich so häufig einstellende nauseose Stadium wurde nach Tropacocainanwendung niemals beobachtet. Erbrechen, nach Cocainanwendung bekanntlich so häufig, kam 2mal zur Beobachtung, darunter 1mal nach der Operation einer angewachsenen Netzhernie, wobei es zur Resektion eines Stückes Omentum kam. In diesem letzteren Falle hat also wahrscheinlich nicht das Tropacocain, sonder peritoneale Eingriff das Erbrechen veranlasst. Unter den 44 Fällen trat 4mal Kopfschmerz auf, der nach Cocainanwendung nur ganz ausnahmsweise ausbleibt. Die toxischen Nebenwirkungen des Tropacocain sind also in der erwähnten Anwendungsweise gleich Null. Nach dem Nadelstiche, mit dem das Tropacocain injicirt wird, können also eingreifende Operationen in ausgedehnten Körperbezirken vollständig schmerzlos ausgeführt werden, ohne dass die Pat. während oder nach der Operation irgend welche Störung des Allgemeinbefindens erleiden. (Selbstbericht.)

Kader (Krakau) hat 65mal die Lumbalpunktion theils mit Cocain, theils mit Tropacocain ausgeführt. Er sah danach weder Temperatursteigerungen noch Kopfschmerzen. Er operirt in sitzender Stellung des Pat. und lässt $1^1/_2$mal so viel Cerebrospinalflüssigkeit ab, als er injicirt. Die Injektion geschieht bei hängender Lage. Als Antidot erwies sich Kampher am wirksamsten. **Jaffé** (Hamburg).

---

17) **Schjerning** (Berlin). Die Schussverletzungen der modernen Feuerwaffen.

Eine genaue Bekanntschaft mit den Wunden, welche die kommenden Feldzüge bieten werden, ist für die Ärzte, die der Armee ins Feld zu folgen berufen sind, dringend erforderlich. Die Vervollkommnungen der Waffentechnik — Einführung der Mantelgeschosse bei der Infanterie und der neuen schnellfeuernden Geschütze bei der Artillerie — haben der Kriegschirurgie neue, bedeutsame Aufgaben zugeführt. Nach einer kurzen Beschreibung der Shrapnells,

deren hauptsächlich wirksamer Bestandtheil die 300 bezw. 500 je 10 g schweren Hartbleifüllkugeln sind, die im Momente der Explosion des Geschosses nach Art der Strahlen einer in Rotation befindlichen Wasserbrause kegelförmig nach vorn geschleudert werden, betonte Vortr., dass Zahl und Art der entstehenden Verletzungen in erster Linie mit abhängig sind von der Sprengweite, d. h. dem wagerechten Abstande des Sprengpunktes vom Ziele, und der Sprenghöhe, d. h. dem Abstande des genannten Punktes von der Erdoberfläche. Die größte und wirksamste Anzahl von Verletzungen wurde bei einer Kombination kleiner oder mittlerer Sprengweiten (bis 120 m) mit eben solchen Sprenghöhen (bis 8 m) beobachtet. Sowohl hinsichtlich der vorkommenden Geschossdeformationen, des Steckenbleibens derartiger Kugeln und des Mithineinreißens von Fremdkörpern, namentlich Tuch- und Kleiderfetzen, in die Wunde, als auch hinsichtlich des ganzen Charakters von Shrapnellwunden verdient die Ähnlichkeit mit den gleichen Verhältnissen bei den früheren Infanteriebleigeschossen Hervorhebung. Hierher gehört vor Allem die beträchtliche Größe von Hautein- und- ausschussöffnung, so wie die Weite der Weichtheilschusskanäle, Umstände, die den Eintritt von Infektionen begünstigen. Daher auch die verhältnismäßige Häufigkeit von Empyemen nach Lungenshrapnellschüssen und Hirnabscessen nach Schädelshrapnellverletzungen, Thatsachen, von denen aus Südafrika berichtet wird. Für den Grad der Zerstörung an Herz, Magen, Darm, Blase ist der Füllungszustand der betreffenden Organe mitverantwortlich. An den Knochen, und zwar sowohl den Epi- und Diaphysen der Röhren-, wie den spongiösen und glatten Knochen, pflegt der Splitterbruch die Regel zu bilden, an ihnen markiren sich auch am deutlichsten die durch die verschiedenen Sprengweiten und -höhen bedingten Unterschiede.

Die Granaten vermögen erstens in toto durch die sog. »Luftstreifschüsse«, dann durch den im Momente der Explosion entstehenden Luftdruck so wie die Giftigkeit ihrer Sprengladung und die Rauchentwicklung ihrer Phosphorladung verderbenbringend zu wirken. Ihre Hauptwirkung aber entfalten sie durch die Sprengstücke ihres Mantels, deren verschiedene Form und Größe eine völlige Atypie von Verletzungen der verschiedenen Körpergewebe und -organe verursachen. Neben Zertrümmerungen und Abreißungen ganzer Körpertheile, die vermuthlich durch Chok zu sofortigem Tode führen werden, finden sich durch kleinste Sprengstücke hervorgerufene harmlose Weichtheilverletzungen bezw.- verbrennungen. Splitter von 2—6 g können lebensgefährliche Durchbohrungen großer Körperhöhlen zur Folge haben, während Splitter unter 1,0 g von der Feldhaubitzengranate in Folge ihrer enormen Endgeschwindigkeit (etwa 1000 m) noch Frakturen selbst großer Röhrenknochen verursachen können. Jedoch tritt eine ausgedehnte Wirkung solcher Splitter nur dann ein, wenn die Granate dicht über oder vor dem Ziele krepirt.

Betreffs der **Handfeuerwaffen** hob Vortr. die wesentliche Übereinstimmung der Versuchsresultate der Medicinalabtheilung mit den Erfahrungen der jüngsten Feldzüge hervor, konstatirte die durch den südafrikanischen Feldzug auf beiden Seiten statistisch erhärtete Thatsache von der Zunahme der Todesfälle auf dem Schlachtfelde gegen frühere Kriege und warnte im Anschlusse daran vor einer Überschätzung der Humanität der Mantelgeschosse, während er andererseits mit berechtigter Genugthuung hervorheben konnte, dass die in den damaligen Veröffentlichungen der Medicinalabtheilung gemachte Voraussage: »alle Verwundeten, die noch lebend vom Schlachtfelde in ärztliche Behandlung kommen, würden günstigere Aussicht auf Heilung haben wie früher« — durch den Ernstfall vollinhaltlich bestätigt wurde. Die durch den südafrikanischen Feldzug besonders lebhaft diskutirte Frage nach Behandlung der Bauchschüsse wünscht Vortr. im Hinblicke auf die hohe Mortalitätsziffer bei konservativem Vorgehen (nach Sthamer 70—75%) dahin beantwortet, dass bei vorhandener Indikation zur Operation innerhalb der ersten 12 bis 14 Stunden operirt werden soll, falls die äußeren Verhältnisse es einigermaßen gestatten und ein nochmaliger Transport des Verwundeten nicht erforderlich ist.

Mit einem Hinweise auf die erst kürzlich erfolgte Bewilligung bedeutender Mittel zur Ausrüstung unserer Kriegsformationen mit neuen Instrumentarien, Verbandmitteln und Röntgenapparaten und die darin ausgesprochene Fürsorge für die Verwundeten und mit dem Ausdrucke der Zuversicht auf die chirurgische Kunst und die ärztliche Organisation bei der Armee im Ernstfalle schloss der Vortrag.

(Selbstbericht.)

---

18) **Krönlein** (Zürich). Gepaarte Projektile.

K. legt dem Kongresse 3 merkwürdige Präparate vor, welche er als »gepaarte Projektile« oder »Geschosspaarlinge« bezeichnet. Sie sind auf einem Militärschießplatze in Herisau (Schweiz) unter vielen Centnern anderer Projektile aufgefunden und von Dr. P. Wiesmann in Herisau der Sammlung der chirurgischen Klinik in Zürich geschenkt worden. Je 2 Bleiprojektile des Vetterli-, resp. des Rubingewehres sind kreuzweise zusammengeschweißt und bilden so ein unzertrennliches Ganze. Ähnliche Beobachtungen scheinen bis jetzt nicht gemacht worden zu sein. — K. erörtert im Anschlusse an diese Demonstration kurz die Frage, wo, d. h. an welchem Punkte der Flugbahnen diese Projektile sich getroffen haben mögen und wie, d. h. durch welchen physikalischen Process die Vereinigung der Projektile erfolgte. Eben so berichtet er über das Wenige, was die Litteratur über nicht gleiche, aber doch ähnliche Beobachtungen enthält.

(Selbstbericht.)

---

19) **Ringel** (Hamburg). Erfahrungen über Schussverletzungen im südafrikanischen Kriege.

R. berichtet kurz über seine in Afrika gemachten Erfahrungen betreffend die Schussverletzungen der modernen Feuerwaffen. Das Interesse wurde fast ausschließlich in Anspruch genommen von der Wirkung der kleinkalibrigen Geschosse, einerseits weil dieselben hier zum 1. Male in größerem Maßstabe zur Anwendung kamen, andererseits weil die übrigen Verletzungen im südafrikanischen Kriege gegen diejenigen durch kleinkalibrige Mantelgeschosse numerisch vollkommen in den Hintergrund traten.

Bei den einfachen Weichtheilschüssen sehen wir kleine Ein- und Ausschussöffnungen, deren Durchmesser meist unter Kalibergröße ist. Die Blutung ist in der Regel außerordentlich gering; auch da wo größere Gefäße verletzt sind, kann durch die Elasticität der Haut, welche einen schnellen Schluss der Schussöffnung bewirkt, dem Blute der Austritt verlegt werden. Es kommt dann zur Bildung großer Hämatome, in einzelnen Fällen eines Aneurysma spurium. Die Weichtheilschüsse sind a priori klinisch als aseptische Wunden zu betrachten und zu behandeln. Dem zufolge ist die Heilung meist eine schnelle und unkomplicirte. Tritt Eiterung ein, so ist dieselbe stets sekundär veranlasst, und zwar entweder durch unzweckmäßige Behandlung — Sondirung, Tamponade des Schusskanals etc. —, oder durch anderweitige Infektion der Schussöffnungen durch die Kleidung oder Hände des Verletzten.

Die Verletzungen der Knochen durch kleinkalibrige Mantelgeschosse richtet sich in erster Linie nach der Art der Knochen selbst. Die glatten Knochen werden in der Regel lochförmig glatt durchschlagen; dasselbe tritt gewöhnlich bei den großen Gelenken und den Epiphysen der langen Röhrenknochen ein. Bei den Diaphysen der letzteren kommen einfache Querbrüche bei Streifschüssen der Knochen vor. Meist werden die Diaphysen jedoch in ausgedehntem Maße zersplittert. Die Zahl der Splitter nimmt mit der Entfernung, aus welcher das Projektil kommt, ab, die Größe der einzelnen Splitter zu. Bei Schüssen der letzten Art sieht man bisweilen eine oder mehrere zerfetzte Ausschussöffnungen, die entweder von mitgerissenen Knochensplittern oder dem beim Aufschlagen auf den Knochen zersprengten Projektil herrühren. Häufiger findet man jedoch, dass auch bei ausgedehnten Splitterfrakturen der Röhrenknochen eine kleine glatte Ein- und Ausschussöffnung vorhanden ist. Derartige Schussfrakturen können wir klinisch als subkutane Frakturen ansehen und behandeln. Der Wundverlauf ist eben so wie bei den Weichtheilschüssen reaktionslos. Konsolidation tritt wie bei anderen Komminutivfrakturen ein, so weit die Knochenfragmente mit ihrem Periost in Zusammenhang geblieben sind.

Die Zahl der Schädelschussverletzungen hat sich zweifellos durch die moderne Gefechtstaktik vermehrt. Der kleinere Theil von diesen

wird jedoch Gegenstand ärztlicher Beobachtung und Behandlung, da die Mehrzahl schon auf dem Schlachtfelde letal endigt. Bei den zur Behandlung gekommenen finden wir im Wesentlichen das bestätigt, was sich durch die Friedens-Schießversuche ergeben hat.

Eine auffallend günstige Prognose geben, falls nicht größere Gefäße getroffen sind, die Schussverletzungen der Lungen. Hämoptoe und Hämatothorax bestand in allen Fällen, bildeten sich jedoch schnell zurück. Von den 17 von uns behandelten Pat. mit Lungenverletzung starb keiner, Einzelne waren nach 8 Tagen bereits wieder felddienstfähig. Nicht selten hatten diese Pat., nachdem sie den Schuss durch die Lunge erhalten hatten, noch mehr oder minder große Strecken zu Pferde oder zu Fuße zurückgelegt.

Einen vollkommenen Wechsel unserer Anschauungen haben die in Südafrika gemachten Erfahrungen bei Verletzungen der Bauchhöhle durch kleinkalibrige Mantelgeschosse hervorgerufen, in so fern mehrfach konstatirt werden konnte, das sichere Darmperforationen spontan heilten. Von englischer Seite (McCormac, Treves) wurde sogar die Lehre aufgestellt, dass die exspektativ behandelten Fälle heilten, die laparotomirten stürben. Wird eine stark geblähte Darmschlinge von einem Geschosse durchbohrt, so kommt es wohl immer zu ausgedehnten Zerreißungen. Dagegen kann eine leere oder mäßig gefüllte Schlinge von dem Projektil lochartig durchbohrt werden. In Folge von Kontraktion der Darmmuscularis kommt es zum Verschlusse der Darmöffnung, der durch Fibrinauflagerung noch unterstützt wird. Ein derartiger Befund fand sich bei einer vom Redner wegen Bauchschuss ausgeführten Laparotomie. Es wird hierdurch die Möglichkeit einer Spontanheilung auch theoretisch vollkommen bestätigt. In künftigen Kriegen wird man bei der Frage, ob ein Bauchschuss operirt werden soll oder nicht, ganz abgesehen von den obwaltenden äußeren Umständen, die Fälle streng individualisiren müssen. So wird man bei innerer Blutung oder dann, wenn sich der Austritt von Darminhalt in die Bauchhöhle nachweisen lässt, zur Laparotomie schreiten, da dann nur von dieser die Erhaltung des Lebens zu erwarten ist; in Fällen dagegen, wo eine Verletzung des Magen-Darmkanals nur aus der Schussrichtung angenommen werden kann, wird man von einem operativen Eingriffe Abstand nehmen. Das diese Grundsätze für die Friedenspraxis keine Anwendung finden, ist ja mit Recht neuerdings von Petersen an dem Material der Heidelberger Klinik wiederum erwiesen.

Der Eindruck, den die Wirkung der kleinkalibrigen Mantelgeschosse hervorruft, ist, wenn man bei Geschossen überhaupt diesen Ausdruck anwenden darf, der, dass es sich um ein humanes Geschoss handelt, in so fern als, abgesehen von den sofort Getödteten, in den meisten Fällen Heilung erfolgt, und zwar ohne Verlust von Körpertheilen oder dauernde Funktionsstörungen. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Tilmann (Greifswald) hat die Präparate des Army med. Museum zu Washington zu studiren Gelegenheit gehabt, vor Allem die Extremitätenverletzungen durch Weichbleigeschosse, so weit sie Amputationen zur Folge hatten. Die Knochenverletzungen waren nicht so erheblich wie die mit modernen Geschossen erzeugten, die Splitter größer und mit dem Periost besser im Zusammenhange. Die zahlreichen sekundären Amputationen, welche nöthig wurden — 740 gegen 140 primäre — waren meist bedingt durch verhältnismäßig große Weichtheilverletzungen am Ausschusse, welche nachträgliche Infektion begünstigten.

Peters (Heidelberg) verwahrt sich gegen den Vorwurf Ringel's, dass er die deutschen Kollegen des freiwilligen Sanitätskorps in Transvaal verdächtigt hätte, sie wollten ihre Erfahrungen vom Kriege ohne Weiteres auf die Bauchwunden in der Friedenspraxis übertragen. Lediglich dem paradox klingenden Ausspruche McCormac's gegenüber, welcher verwirrend wirke, habe er geglaubt, betonen zu müssen, dass im Frieden die möglichst frühzeitige Laporotomie bei perforirenden Bauchschüssen das Normalverfahren sei.

Christel (Metz).

Reger (Danzig). Es ist die Rede gewesen von der Humanität des Geschosses. Wie Sie vielleicht wissen werden, bin ich gerade derjenige gewesen, der diesen Standpunkt vertreten hat. Ich habe damals die ersten Versuche gemacht (1883 und 1885), bin sogar der geistige Urheber der Stahlmantelgeschosse, deren Einführung in das deutsche Heer eng mit meinen diesbezüglichen vergleichenden Versuchen zusammenhängt, und glaube desswegen kompetent zu sein, über diese Frage etwas zu äußern. Ich kann heute nur darauf hinweisen, was ich als Korreferent über die Frage der kriegschirurgischen Bedeutung der neuen Feuerwaffen auf dem Chirurgenkongresse im Jahre 1892 hier in jener denkwürdigen Sitzung bei Einweihung des Langenbeck-Hauses[1]) dargelegt habe, dass wir durch das kleinkalibrige Mantelgeschoss eine ganz außerordentliche Herabsetzung der Schwere der Verwundungen bekommen würden.

Es ist alles das eingetroffen: Die Kriege haben das bestätigt, was ich damals gesagt habe. Es ist eine sehr beträchtliche Herabsetzung der Schwere der Verletzungen eingetreten, es ist der hydraulische oder der hydrodynamische Druck[2] bei Weitem nicht in der

[1] Sitzungsbericht des XXI. Kongresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie am 18. Juni 1892.

[2] Hydraulisch oder hydrodynamisch! Es ist über diese Worte ein großer Streit entstanden, der eigentlich einen Streit um Kaisers Bart bedeutet. Selbstverständlich ist nicht das reine Princip der hydraulischen Presse anwendbar auf die bez. Schussverletzungen, selbstverständlich handelt es sich um Fortleitung eines mächtigen Stoßes auf den flüssigen Inhalt von gefüllten Kapseln, aber in Wirklichkeit lassen sich beide Vorgänge gar nicht genau trennen; einestheils ist die Raumbewegung unter allen Umständen unleugbar vorhanden, eben so die durch die Inkompressibilität und Labilität der Wassertheilchen bedingte Fortleitung des

Größe vorhanden, wie bei den früheren sich leicht deformirenden Geschossen. Wir haben bei den Weichtheilen eine außerordentlich geringfügige Wirkung, eine außerordentlich für die Heilung günstige Beschaffenheit; wir haben bei den Verletzungen der Lungen, des Bauches eine wesentliche Abschwächung gegen früher; wir haben dies beim Schädel, wir haben es bei den Gelenken und auch beim Knochen zu konstatiren. Ich betone hier jedoch ausdrücklich, dass wir dennoch selbstverständlich, sofern die Markhöhle des Knochens getroffen wird, auch eine Wirkung aus dem Innern des Knochens heraus durch Vermittlung des Markes bekommen. Wenn auch in dem Werke der Medicinalabtheilung bezw. in den Werken des Herrn v. Bruns das Vorhandensein dieser Wirkung von innen heraus als nicht vorhanden abgeleugnet wird — jedenfalls nur als Folge ihrer nicht voll beweiskräftigen Schießversuche auf Leichen bezw. Leichentheile —, so halte ich die Resultate meiner früheren diesbezüglichen Versuche unbedingt aufrecht. Und der Beweis für die Richtigkeit meiner Ansicht liegt, glaube ich, jetzt vor in dem Werke von Küttner, welcher p. 37[3] ausdrücklich bei Gelegenheit der Besprechung der Schusswirkung auf Knochen betont, dass sich mehrfach Anzeichen einer vom Knochen nach vorn rückwirkenden Gewalt ergeben haben mit Vorfinden von Knochensplittern in der Einschussstrecke. Gefunden wurde dies nicht nur bei Epiphysenschüssen, sondern es wird auch in mindestens 3 Fällen von Dia- bezw. Metaphysenschüssen konstatirt, dass eine Zertrümmerung nicht bloß hinter dem Knochen, sondern auch schon mindestens im Bereiche des Knochens vorhanden ist, wobei die Einschussstrecke sofort in eine große Zertrümmerungshöhle führte, deren Wandungen zum Theil so fest eingetriebene große Knochensplitter zeigten, dass es schwierig war, dieselben mit dem Elevatorium zu lockern. Also, ich konstatire hiermit, es ist ein Druck von innen heraus[4], und zwar durch das Mark, vorhanden. Das

---

entstehenden Druckes nach allen Seiten; andererseits findet auch namentlich in der Schussrichtung ein keilförmig wirkender Stoß statt. Es ist ein kombinirter Vorgang, dessen genaue Differenzirung in allen Einzelheiten überaus schwierig ist und schließlich auch nur theoretisches Interesse hat. Die Hauptsache bleibt, dass wir wissen, dass die beregte Wirkung eben nur durch den Gehalt an Wasser bezw. Flüssigkeit bewirkt wird und sich richtet nach den lebendigen Kräften, dem Querschnitt, der Belastung des Geschosses einerseits und dem Wassergehalte der Gewebe und dem Inhalte und der Beschaffenheit der Kapseln andererseits.

[3] Kriegschirurgische Erfahrungen aus dem südafrikanischen Kriege 1899/1900. Von Dr. H. Küttner. Tübingen, 1900.

[4] Dass dieser Vorgang nichts mit dem Vorgange beim Beschuss frei hängender Glasscheiben zu thun hat, wie sie von V. Boys, Dr. Majorano-Cantabiano und Dr. Fontane gefunden wurden — cf. R. Köhler, Die modernen Kriegswaffen. Berlin, 1900. p. 554 ff. — will ich erwähnen; jedoch mache ich auf die Versuche von C. Kranz und K. R. Koch, Über die explosionsartige Wirkung moderner Infantriegeschosse (Annalen der Physik 4. Folge, Bd. III, Hft. 2, p. 247 ff.) aufmerksam, durch welche der Vorgang des Druckes nach dem Einschusse zu auf das deutlichste illustrirt wird.

ist eine sehr wichtige Sache, die ich betonen musste. Wir haben eine kolossale Veränderung in den Schussverletzungen gegenüber den früheren, und zwar durch das nicht deformirende Mantelgeschoss. Nehmen wir aber einem Geschosse seinen Mantel von der Spitze durch Abschneiden (Dum-Dum), machen wir ein Loch hinein (Hohlspitzengeschoss) oder verringern wir die Widerstandskraft der Spitze entweder durch Verdünnung des Mantels daselbst oder durch Benutzung eines weniger festen Metalls, als Stahl, so muss der Mantel je nach den stärkeren Widerständen natürlich mehr oder weniger leicht reißen, und wir haben folglich gleich schwere, bezw. sogar schwerere Verletzungen, wie wir sie früher mit dem weichen, nicht durch festen Mantel geschützten Bleigeschosse gehabt haben. Das ist die unausbleibliche Folge; und zwar muss dies um so mehr geschehen, je größere treibende Kraft wir angewandt haben. Wir werden dessbalb auch bei gleich treibender oder sogar noch erhöhter lebendiger Kraft bei einem Geschosse mit geringerem Kaliber in Folge des Überganges eines größeren Theils der lebendigen Kraft des Geschosses auf das kleinere Volumen (nach dem Gesetze der reciproken Rückwirkung), wenn wir den Mantel an der Spitze verletzen, bezw. weniger widerstandsfähig machen, unbedingt noch stärkere Druckwirkungen, bezw. noch stärkere Verletzungen bekommen als bei dem an Kaliber größeren Mantelgeschoss, welches ebenfalls an der Spitze geschwächt ist. Desshalb meine ich, dass wir bei etwaiger Einführung eines Geschosses von noch kleinerem Kaliber den Mantel an der Spitze so stark machen müssen, dass er unbedingt auch »hält«, sonst bekommen wir bei harten Widerständen auch schwere Verletzungen.

Dieses »Halten« des Mantels ist bei den stärkeren Widerständen die unerlässliche Grundbedingung sowohl für das Zustandekommen humanerer Verwundungen, als auch für Erhöhung der Durchschlagskraft. Beide Effekte sind unzertrennlich verbunden: wer das Eine will, muss das Andere mit in den Kauf nehmen. (Selbstbericht.)

Küster (Marburg) erinnert daran, dass er bereits im Jahre 1876 den Antrag auf Beschaffung von Hartbleigeschossen gestellt habe.

Christel (Metz).

---

20) **Ziemssen** (Wiesbaden). Nachbehandlung der Kriegsinvaliden und Unfallverletzten an Badeorten.

Meine Herren! Sie werden sich vielleicht wundern, dass ich Balneologisches in die Chirurgie bringe. In diesem Unterfangen befinde ich mich jedoch in der allerbesten Gesellschaft. Der Stifter, langjährige Präsident und Ehrenpräsident dieses Kongresses v. Langenbeck hat wiederholt über Bäderwirkung in der Chirurgie geschrieben, und ein anderer Stifter, langjähriger 1. Schriftführer und Ehrenmitglied, Gurlt, erwähnt in seinem großen Sammelwerke »End-

resultate der Gelenksresektionen« Badekuren nicht weniger als 100 und einige 90mal. Also legitimirt dürfte ich sein.

Nun scheint es allerdings, als wenn die Nachbehandlung Verletzter mehr und mehr den chirurgischen Händen entgleitet und dem Zuge der Zeit folgend Specialisten zufällt. Haben uns doch z. B. die Neurologen sogar mit einer neuen Krankheit überholt, den traumatischen Neurosen, die uns Chirurgen trotz des Massenmaterials der Kriege von 1864, 1866, 1870/71 unbekannt geblieben waren, so oft wir auch eine Neuritis in Folge von Schussverletzungen, speciell eine Neuritis ascendens beobachten konnten. Mir persönlich — ich weiß nicht, wie Sie darüber denken — macht es zwar den Eindruck, als wenn die traumatischen Neurosen weniger dem Trauma, also dem Unfalle, als dem Unfallgesetze ihre Entstehung verdanken, und ich glaube, dass dieses Leiden sich seltener zeigen würde, wenn die Nachbehandlung wieder ganz den Chirurgen überlassen bliebe.

Ganz ähnlich liegt die Sache bei Indikationsstellung und Anwendung von Badekuren. Was ich hierüber sagen möchte, ist in gedrängter Kürze Folgendes:

Erfahrungen, die sich auf Hunderte von Jahren erstrecken, im letzten Jahrhundert sogar den Bau eigner Militärkurhäuser veranlassten, und die uns jedes Frühjahr durch Badebroschüren stets neu in Erinnerung gebracht werden, führen alljährlich Verletzte in größter Zahl in die Badeorte. Hierbei wird aber meistentheils ganz übersehen, dass inzwischen, speciell im Laufe der letzten 20—30 Jahre durch die allgemeine Benutzung der Antiseptik der Zustand der Verletzten sich ganz wesentlich verändert hat. Zustände, wie sie in den 60er und Anfang der 70er Jahre noch die Regel bildeten, ausgedehnte Phlegmonen mit tief gehenden Eiterungen, Verjauchungen, Fistelbildungen etc. etc., kommen jetzt wohl kaum noch zur Beobachtung, und sollten sie wirklich einmal durch besondere Ungunst der Verhältnisse sich einfinden, also z. B. nach einer großen Schlacht, bei der die schnell anschwellende Zahl der Verletzten selbst die Kräfte unseres Sanitätskorps überstiege, so wird doch immer, sobald die Verletzten überhaupt in ärztliche Hände gelangen, die erste Hilfe in der Anwendung der Antiseptik bestehen müssen. Ich bin vielleicht der einzige Arzt, der, allerdings bereits im Jahre 1868 durch Lister selbst in die Antiseptik eingeweiht, den Versuch gemacht hat, Antiseptik mit Badekuren zu verbinden. Ich überzeugte mich aber bald, dass es viel rationeller ist, erst die Heilung der Wunde, resp. das Schwinden der Entzündung durch Antiseptik zu erzwingen, bevor man zu Badekuren schreitet.

Wie die Verhältnisse nun heut zu Tage liegen, meine Herren, trage ich kein Bedenken, ja in Anbetracht der großen Opfer, die der Staat, die die Unfallversicherungsgesellschaften und die Privatwohlthätigkeit für diese Zwecke bringen, im Interesse der Verletzten selbst und schließlich nicht zum wenigsten zur Verhütung kollegialer Differenzen halte ich es sogar für Pflicht, es einmal offen auszu-

sprechen und zur Diskussion zu stellen, dass einfache Vollbäder wohl eine angenehme und zweckmäßige Unterstützung anderer lokaler oder allgemeiner Eingriffe bilden, aber als einfache Vollbäder für sich allein, wie sie ja wenigstens an den Kurorten nur verordnet und genommen werden, und sei es an welchem Badeorte man will, einen wesentlichen, bleibenden Nutzen gar nicht oder nur äußerst langsam bringen und bringen können. Dass dies so ist, lehrt die tägliche Erfahrung, es lehrt aber auch eine einfache chirurgische Erwägung der Ursachen, die die Beschwerden der Verletzten im subakuten und chronischen Stadium auslösen.

Diese Beschwerden können im subakuten Stadium doch nur auf zweierlei Ursachen beruhen:

1) auf ausgebliebener oder ungenügender Wiederherstellung der Kontinuität getrennter Gewebe, resp. auf mangelhafter Reposition dislocirter Theile. Es liegt auf der Hand, dass Bäder hierauf einen Einfluss direkt nicht und indirekt nur in so fern ausüben können, als sie der 2. Ursache genügen, nämlich

2) mangelhafter Resorption des bei der Verletzung ausgetretenen Blutes und des später gebildeten Infiltrates, das ja nach seinerLage Störungen der verschiedensten Art hervorrufen kann.

Hierzu kommen dann im chronischen Stadium noch die Folgen andauernder Störung der Innervation und Blutcirkulation, also außer der Atrophie hauptsächlich die Neigung zu rheumatischen und gichtischen Ausscheidungen.

Untersucht man nun einen solchen Kranken vor und nach dem Bade, so findet man allerdings, dass die vor dem Bade bemerkte Schwellung, Härte etc. nach dem Bade sich weicher, nachgiebiger, elastischer anfühlt, dass auch die Schmerzen geringer und die Bewegungen freier geworden sind. Aber diese Wirkung ist leider meistens nicht andauernd, nach einigen Stunden und nun gar erst nach Wochen findet sich der alte Zustand von Neuem.

Dieser Umstand wird auch einzelnen älteren Ärzten bekannt gewesen sein. Ich fand wenigstens Mitte der 60er Jahre an zwei Kurorten eine Modifikation des Bades, die diesem Umstande Rechnung tragen kann. Dies ist die warme Dusche mit Massage im warmen Bade. Ein geübter Duscheur steigt zu dem Kranken ins warme Bad und lässt die warme Dusche unter gleichzeitiger Massage spielen. In Wiesbaden, wo ich diese Methode vor ungefähr 25 Jahren einführte, habe ich in so fern noch eine Verbesserung erzielt, als es gelang, den Druck der Dusche verschieden stark, also von 1—7 Atmosphären zu erhöhen. Ich kann Ihnen diese Methode sehr empfehlen. Was die Unterstützung des Bades durch lokale und allgemeine Eingriffe leistet, konnte ich u. A. bei einigen recht hartnäckigen Fällen von chronischer Perityphlitis beobachten, die in den letzten Jahren mit Vorliebe in die Bäder zu kommen scheinen. Als Unfallverletzung dokumentirten sie sich dadurch, dass die Betreffenden, Kavalleristen, den Schmerz zuerst und auch später zu Pferde, beim

Prellen des Pferdes empfunden hatten, und zwar einige Zeit nach Tische, also bei gefülltem Darme. Die Betreffenden hatten alle schon verschiedene Kuren, theils operative, theils Badekuren durchgemacht und standen jetzt vor dem Abschiede. Es gelang, sie ihrem Berufe zu erhalten.

Wollen Sie also, meine Herren, bei Verordnung von Badekuren den Verletzten nicht nur eine angenehme Erholung oder gleichsam eine Gratifikation für erlittene Schmerzen und langes Krankenlager, sondern wirklichen Nutzen verschaffen, so empfiehlt es sich, dass die Verletzten neben den Vollbädern gleichzeitig auch einer lokalen resp. allgemeinen Behandlung unterworfen werden, wie sie im Einzelfalle dem chirurgischen Befunde entspricht. Wie Sie sehen, habe ich eine Besprechung der Frage vermieden, ob die chemische Zusammensetzung einzelner Quellen diesen oder jenen Badeort für solche Kuren mehr geeignet erscheinen lässt. Diese Frage ist von Bedeutung, sobald es sich um Resorption gichtischer oder rheumatischer Niederschläge handelt, fällt dann aber mit Behandlung dieser Krankheiten selbst zusammen. Ihre Besprechung würde die mir heute gegebene Zeit überschreiten. (Selbstbericht.)

---

21) **Reger** (Danzig). Die Krönlein'schen Schädelschüsse.

Von Prof. Krönlein (Zürich) sind in den letzten Jahren (s. Verhandlungen des Chirurgenkongresses 1899. II p. 19 ff. und Beiträge zur klinischen Chirurgie, Redaktion Prof. Dr. Bruns, Band XXIX. Hft. 1) 7 Hirn-Schädelschüsse mit dem Schweizer Ordonnanz-Vetterli-Gewehr Mod. 1899 (3 Züge, Kaliber 7,5 mm, Geschoss Hartblei mit vernickelter Stahlkappe, Anfangsgeschwindigkeit 600 m) mit Vollladung aus nächster Nähe — darunter 6 Selbstmorde bezw. Versuche — veröffentlicht, welche zum Theil hochinteressant sind. Zwei derselben (No. 3 und 4) bieten kein wesentliches Interesse, da sie gewohnte Bilder lieferten, d. h. der voll getroffene Schädel ist aus einander gerissen, das Hirn größtentheils in Brei zermatscht und zum Theil in die Umgebung herausgespritzt. Eine starke Wirkung nach vorn ist bei ihnen zu konstatiren.

Dagegen bieten die übrigen 5 Schüsse durchaus hiervon abweichende ungewohnte Bilder, so dass die von Krönlein ihnen mit Bezug auf die jetzt herrschende hydrodynamische Theorie gegebene Bezeichnung: »theoriewidrig« zuzukommen scheint; denn die Verletzung des Gehirns an und für sich war eine verhältnismäßig geringe, es war nicht ein Zermalmen desselben eingetreten durch die Fortschleuderung der getroffenen Hirntheile.

Bei einer Gruppe (No. 2 und 7) ist eine Genesung des Verletzten, wenigstens eine relative (der eine ist blind, der andere halb blödsinnig) eingetreten, und bei der anderen ist bei stärkster Zertrümmerung des Schädels das Großhirn fast in toto und an der Basis mehr oder weniger leicht verletzt und ebenfalls das Klein-

hirn zum Theil unverletzt aus der Schädelkapsel herausgeschleudert und neben dem Todten liegend gefunden worden, Fälle, für welche Krönlein den passenden Namen »Eventration« des Gehirns vorschlägt.

Beide Fälle der ersten Gruppe, für welche zuerst von einzelnen Erklärern eine abgebrochene Ladung als Ursache bezichtigt wurde, haben das Gemeinsame, dass das Gehirn nur in einem ganz kleinen Segment des, bezw. der Stirnlappen getroffen ist. Solche Schüsse können nur eine mäßige Druckwirkung ausüben, wie dies die bisherigen Versuche dargethan haben, aber immerhin musste sie weit größer sein, als es hier der Fall war. Denn in dem Falle 2 soll kaum eine allgemeine Wirkung eingetreten gewesen sein, indem angeblich sogar das Bewusstsein gar nicht getrübt gewesen sein soll. Wenn schon dies wohl als sicher bewiesen nicht angenommen zu werden braucht, da tiefe Ohnmachten dem Betreffenden gar nicht zum Bewustssein kommen und, wenn schon, die später eingetretene Erblindung des nicht getroffenen rechten Auges möglicherweise auf einen Insult durch den Schuss zurückzuführen sein dürfte, so entspricht doch diese verhältnismäßig geringfügige Funktionsstörung sicher keiner weitgehenden Zerstörung und Allgemeinwirkung im Gehirn.

Und das Gleiche gilt von dem Schusse No. 7, wo allerdings neben Bewusstlosigkeit noch rechtsseitige Parese und Aphasie bestand: Nimmermehr hätten die letzteren heilen können, wenn die genau bekannten nur ca 8 cm von dem Schusskanal entfernten Hirnpartien an der Sylvi'schen Grube in erheblicher Weise verletzt worden wären.

Desswegen müssen wir noch ein weiteres — physiologisches — Moment zur Erklärung derselben heranziehen, und das ist das Verhalten des intracraniellen Druckes zur Zeit des Schusses. Wenn dieser — entsprechend dem Drucke in den Gefäßen — bei gewöhnlicher Athmung nur um einige Millimeter schwankt, ist bei tiefster Inspiration (Experiment beim Hunde) ein negativer Druck bis zu 50 mm vorhanden; umgekehrt wird er sich steigern im positiven Sinne, wenn bei tiefster Ausathmung, bezw. Anhalten des Athems eine Stauung im Schädel eintritt. Das Sinken des intracraniellen Druckes muss eine Abschwächung der Schusswirkung bezüglich des hydraulischen Druckes hervorrufen, die Steigerung des ersteren dagegen auch die Wirkung des letzteren erhöhen. In beiden Fällen liegt Selbstmordversuch in bequemster Lage vor: Die Leute haben Alles vorher genau überlegt und gerichtet, es bedarf nur des Abdrückens; da kommt wohl noch unwillkürlich der letzte Gedanke, noch einmal tief Luft, dann Schuss! Der intracranielle Druck ist somit stark vermindert und die Wirkung des Schusses zumal bei dem tangentialen Treffen des Gehirns desswegen abgeschwächt.

Bei der 2. Gruppe der Fälle (No. 1, 5 und 6), bei denen also das Gehirn fast unverletzt aus dem Schädel herausgeschleudert war, handelt es sich um 2 Selbstmörder und 1 Unglücksfall — Schuss

beim Scheibenschießen auf 8 m Entfernung —. Zwei haben das Gemeinsame, dass sie quer von einer Seite des Kopfes in der Nähe des Ohres durch den Schädel gingen, der erste von links nach rechts, der zweite von rechts nach links. Sie haben offenbar die Felsenbeine getroffen, bezw. sind ganz in der Nähe derselben durch den Schädel in horizontaler Richtung hindurchgegangen. Der dritte Schuss — in den Mund — ist durch die Schädelbasis, bezw. an der Spitze des linken Felsenbeines eingedrungen und schräg nach oben hinten gegangen. Hier sind nun die anatomischen Verhältnisse sehr zu berücksichtigen: Stets ist die Gegend der Hirnbasis getroffen, und hier haben wir die großen Gefäße, hier sind die Sinus sigmoidei mit dem Bulbus der Vena jugularis, hier sind die Sinus petros. sup. und inf., hier sind anschließend die Sinus transversus und Sinus rectus, hier haben wir ferner in den Felsenbeinen die mit Flüssigkeiten gefüllten Aquaedukte und Vestibula, die mit den Subarachnoidalräumen in Verbindung stehen, hier ist ferner der 4. Ventrikel. In dieser reichen Flüssigkeitsmenge muss nun bei Schüssen ein überaus starker hydraulischer, bezw. hydraulich-hydrodynamischer Druck — stets kombinirte Wirkung — ausgelöst werden, der sich naturgemäß in der reinen Flüssigkeit etwas rascher fortleitet, als in dem feuchten Gewebe des Gehirns selbst, und so muss auch durch die Verbindung mit dem Sinus longitud. sup. und infer. eine Zerreißung, bezw. Abreißung der Dura mit Zelt und Sichel, eine Rissplatzung des Schädels besonders auch in der Pfeilnaht zeitlich etwas eher eintreten, so dass es dem von unten her gehobenen Gehirn nun leicht wird, die bereits zertrümmerte Schädelkapsel aus einander zu pressen und so ohne größere Verletzung den Schädel zu verlassen. In allen 3 Fällen ist sicher die Besonderheit der anatomischen Verhältnisse von ausschlaggebender Bedeutung, wahrscheinlich aber hat auch in 2 Fällen die durch die unbequeme Lage bei Ausführung des Selbstmordes, bezw. im 3. Falle bei dem Unglücksfalle eine durch zufällige tiefe Inspiration bedingte Erhöhung des intrakraniellen Druckes die Wirkung noch vermehrt. Die Annahme einer Wirkung durch Pulvergase — wie sie Tilmann in dem einen Falle, eben so wie in einem weiteren von ihm selbst veröffentlichten Falle von Eventration des Gehirns annimmt —, ist nicht statthaft.

Solche Schusswirkungen konnten aber nur eintreten unter Voraussetzung des Lebens, des kreisenden Blutes und der physiologischen Verhältnisse des intracraniellen Druckes: Leichenversuche, namentlich solche mit abgeschnittenen Köpfen sind desshalb nicht beweiskräftig und vollwerthig für die bei der Erforschung der Mechanik der Schussverletzungen zu erörternden Fragen. (Selbstbericht.)

22) Tilmann (Greifswald). Zur Frage des Hirndruckes.

T. stellte Versuche an Hunden an, um festzustellen, wie groß die Raumbeschränkung im Schädel sein müsse, dass primäre Symptome von Hirndruck, die man meist als Hirnreizung bezeichnen kann, auftreten. Er fand, dass bei der Erzeugung initialer Hirndrucksymptome das specifische Gewicht des zur Hervorbringung der Raumbeschränkung gewählten Materials, so wie die Lage des Kopfes des Versuchsthieres eine Rolle spielen.

Bei einer Lagerung des Kopfes des Versuchsthieres derart, dass die Schädeldecke nach unten lag, traten die ersten Hirnsymptome nach Einführung von 4,0 ccm in einem zwischen Dura und Hirn gebrachten Gummiballon auf. Es war dabei gleichgültig, ob man Wasser, Benzin (specifisches Gewicht 0,65), Glycerin (specifisches Gewicht 1,26), Chloroform (specifisches Gewicht 1,40) oder Quecksilber (specifisches Gewicht 13,5) nahm. Hier kam also nur die Raumbeschränkung in Betracht. Lagert man das Thier so, dass die Schädeldecke nach oben sieht, dann traten bei Wasser und Benzin ebenfalls nach Einführung von 4,0 ccm Flüssigkeit die ersten Abwehrbewegungen des Thieres auf, bei Glycerin und Chloroform dagegen schon bei Einführung von 2,0—2,5 ccm, bei Quecksilber schon bei 1,0 ccm.

T. erläutert dann die Konsequenzen dieser Thatsache für die intra- und extraduralen Hämatome, Hirntumoren, Schädelimpressionen und Depressionen. (Selbstbericht.)

---

23) Merkens (Berlin). Encephalitis des Schläfenlappens, so wie andere Hirnkomplikationen nach Otitis.

Vortr. bespricht zunächst die Differentialdiagnose des otitischen Schläfenlappenabscesses gegenüber der eitrigen Meningitis und hebt die Hauptpunkte hervor.

Für Meningitis spricht:

1) hohes Fieber mit Pulsbeschleunigung,

2) Reizerscheinungen,

3) stürmischer Verlauf mit raschem, sprungweisem Wechsel der Symptome.

Dagegen haben wir beim Schläfenlappenabscess, wenn er überhaupt deutliche Hirnsymptome macht, zu erwarten:

1) eine annähernd normale Temperatur mit Pulsverlangsamung,

2) Lähmungen,

3) einen mehr schleichenden Verlauf.

Dazu kommen beim linksseitigen Abscess noch Sprachstörungen hinzu.

Die einzelnen Punkte werden näher ausgeführt.

M. geht dann über zur Schläfenlappenencephalitis nach Otitis. Die Encephalitis kann unter ganz ähnlichen Symptomen ver-

laufen wie der Abscess. Bericht über einen Fall aus dem Krankenhause Moabit. Die Symptome waren derartig, dass man zwischen Meningitis und Schläfenlappenabscess schwankte. Für Abscess sprach namentlich die charakteristische Störung der Sprache. Bei der Operation fand sich ein kleiner extraduraler Abscess. Trotz mehrfacher Punktion und Incision des Schläfenlappens wird im Gehirn kein Eiterherd gefunden, Heilung. M. ist der Ansicht, dass es sich in diesem Falle möglicherweise um eine rein toxische Einwirkung gehandelt hat. Gegen Einwanderung von Bakterien sprach seiner Ansicht nach das schnelle und vollkommene Zurückgehen der Symptome. (Der Pat. ist später an einer schweren Nephritis zu Grunde gegangen.)

M. stellt dann noch einen Fall vor von operativ behandelter Epilepsie. Der Mann erlitt im Jahre 1894 einen komplicirten Schädelbruch an der linken Seite der Stirn. Im Anschlusse an diese Fraktur entwickelte sich ein Hirnabscess, der nach Trepanation entleert wurde. Dann ging es dem Pat. einige Jahre lang gut. Nachdem seit dem Jahre 1897 ab und zu Kopfschmerzen aufgetreten waren, begannen im Jahre 1899 epileptische Anfälle. Diese waren allgemeiner Natur und gingen einher mit vollständigem Schwund des Bewusstseins. Er wurde in einem trostlosen Zustand eins Moabiter Krankenhaus gebracht. Dort wurden in 24 Stunden 50 Anfälle und darüber gezählt. Operation am 15 Juni. Geh.-Rath Sonnenburg entfernte an der Stelle der alten Verletzung eine thalergroße Knochenscheibe. Das Centrum dieser Knochenscheibe bildete Narbengewebe, das mit der Dura und der Gehirnoberfläche verwachsen war. Am Tage nach der Operation hatte der Pat. noch 2 leichte Anfälle, dann ist er von Anfällen vollkommen verschont geblieben. Der Pat. sieht blühend aus. Starke Pulsation bezeichnet die Stelle, wo der Knochen fehlt.

(Selbstbericht.)

---

24) **Barth** (Danzig). Operative Behandlung der eitrigen Meningitis.

Dass die operative Behandlung der eitrigen Meningitis nicht so aussichtslos ist, wie nach den bisherigen Erfahrungen angenommen wurde, dürfte folgender von B. dem Kongresse vorgestellter Fall beweisen.

Der 20jährige Jüngling erhielt am 24. November 1900 einen Messerstich in den Rücken, brach zusammen und wurde nach dem Krankenhause gebracht. Hier wurde eine 1 cm lange, in die Muskulatur reichende Stichwunde rechts neben den Dornfortsätzen der Wirbelsäule in der Höhe des unteren Scapularwinkels festgestellt, gereinigt und verbunden. Dass eine Verletzung des Rückenmarkes vorlag, entging der Beobachtung während der ersten Tage. Der Kranke klagte zwar über Schmerzen im Rücken und über eine Schwäche im linken Beine, aber er konnte dasselbe doch bewegen, und Sensibilitätsstörungen wurden bei einer oberflächlichen Untersuchung im

Bette, welche sich nur auf die Vorderseite des Körpers erstreckte, nicht gefunden. Blase und Mastdarm waren frei. Nun stellte sich nach 7 Tagen Fieber ein, und eine Revision der Wunde ergab, dass dieselbe nicht aseptisch war. Sie wurde geöffnet und erweitert, aber unter hohen Temperaturen entwickelten sich jetzt zweifellose meningitische Erscheinungen: heftiger Kopfschmerz, Unruhe, Erbrechen, enorme Schmerzen im Rücken, Nackenstarre bis zu ausgesprochenem Opisthotonus. B. machte desshalb am 11. Tage nach der Verletzung eine Lumbalpunktion und bekam unter hohem intraduralen Drucke eine trübe Flüssigkeit, welche reichlich Eiterzellen und Staphylokokken enthielt. Die sofort angeschlossene Laminektomie im Bereiche der Stichverletzung legte einen extraduralen Abscess im Wirbelkanale frei und zeigte, dass der Stich von rechts unten schräg nach links oben zwischen 8. und 9. Wirbelbogen eingedrungen war und die Dura in Ausdehnung eines halben Centimeters verletzt hatte. Aus dem Duraschlitze quoll trübe Cerebrospinalflüssigkeit. Derselbe wurde in der Längsrichtung auf etwa 3 cm erweitert und mit Jodoformmull tamponirt. Nach diesem Eingriffe ließen Kopfschmerz und Nackenstarre wesentlich nach, und die Temperatur fiel vorübergehend ab, um am folgenden Tage unter schweren Allgemeinerscheinungen von Neuem anzusteigen. Da eine Eiterverhaltung in der Wunde bis in den Wirbelkanal hinein nicht bestand, so musste die Ursache des Fiebers in einer intraduralen Eiterung vermuthet werden, und es wurde desshalb 2 Tage nach der Operation von Neuem eine Lumbalpunktion ausgeführt, die in der That einen Tropfen dicken Eiters zu Tage förderte. B. entschloss sich desshalb, sofort noch eine zweite Laminektomie im Bereiche des 2. und 3. Lumbalwirbels zu machen, um den Duralsack von hier aus zu drainiren. Als die Dura gespalten war, drängten sich unter hohem Drucke die Stränge der Cauda equina in die Wunde, zwischen denen man stumpf eingehen musste, um auf den Eiter zu kommen. Derselbe quoll jetzt in reichlicher Menge — es mochten einige Esslöffel voll sein — heraus, und durch vorsichtiges Einschieben zweier langer dünner Gummidrains nach oben und nach unten wurde für eine möglichst ausgiebige Drainage des Duralsackes gesorgt. Unter täglichen Ausspülungen entfieberte jetzt der Pat. prompt, die Eiterung ließ schnell nach, und nach 7 Tagen konnten die Drains entfernt werden.

Die Freude über den Erfolg war allerdings zunächst keine ganz reine. Im Anschlusse an die letzte Operation trat eine Lähmung beider Beine, der Blase und des Mastdarmes auf, trotz aller Vorsicht, mit der die Cauda equina behandelt worden war. Zum Glück nur vorübergehend, wenigstens haben sich die schwersten Erscheinungen dieser Läsion allmählich zurückgebildet. Pat. geht jetzt ganz flott und bewegt auch seine Wirbelsäule nach allen Richtungen frei, wiewohl die Fortnahme so vieler Wirbelbögen für den Halt der Wirbelsäule nicht ohne Folgen geblieben ist. Pat. hat einen nicht unerheblichen Gibbus oberhalb der lumbalen Laminektomie. Von Läh-

mungserscheinungen weist er heute noch auf eine geringe Schwäche des linken Beines und eine Anästhesie an der Rückseite des rechten Beines, so wie eine streifenförmige Anaesthesia dolorosa der linken Lumbal-Bauchgegend als Folge der Stichverletzung der linken Rückenmarkshälfte im Bereiche des 8. Brustwirbels, also eine Brown-Séquard'sche Lähmung beschränkten Umfanges, und eine geringe Schwäche des Detrusor vesicae, so wie eine angedeutete reithosenförmige Anästhesie als Folgen der Läsion der Cauda equina.

Vortr. will selbstverständlich keine weitgehenden Schlussfolgerungen aus diesem Einzelerfolge für die Behandlung der eitrigen Meningitis ziehen; vielleicht lagen hier die Verhältnisse für die Drainage des Duralsackes besonders günstig. So viel kann aber füglich nach den klinischen Erscheinungen nicht bestritten werden, dass die entzündlichen Erscheinungen, wenigstens vor der ersten Operation, nicht auf den unteren Abschnitt der Rückenmarkshäute beschränkt waren, sondern hoch hinauf reichten: die Nackenstarre, der heftige Kopfschmerz und das Erbrechen lassen daran keinen Zweifel. Natürlich liegen die Verhältnisse bei einer primären Infektion der cerebralen Meningen aus bekannten Gründen wesentlich ungünstiger. Immerhin dürfte vielleicht auch hier häufiger, als es bisher geschehen ist, ein Versuch zur operativen Freilegung des Eiterherdes gewagt werden können, um so mehr, als uns die Lumbalpunktion in den meisten Fällen frühzeitig ein Urtheil über die Art der Entzündung gestattet. Ohne die diagnostische Lumbalpunktion wäre wohl auch der vorgestellte Pat. dem Schicksal seiner Leidensgenossen verfallen, die bisher sämmtlich, sobald eine Meningitis zur Rückenmarksverletzung hinzutrat, derselben erlagen. (Selbstbericht.)

---

25) **L. Heidenhain** (Worms). Über Exstirpation von Hirntumoren.

Die Zeit gestattete nicht mehr als einen knappen Bericht über die nachfolgenden 4 Beobachtungen. Die beiden ersten Kranken wurden vorgestellt. Wegen Bemerkungen über die Technik muss auf die Verhandlungen und v. Langenbeck's Archiv verwiesen werden.

1) Z., Kaufmann, jetzt 32 Jahre alt. Exstirpation eines walnussgroßen Solitärtuberkels aus dem rechten Paracentralläppchen am 10. Oktober 1898. Erkrankung begann April 1897 mit lähmungsartiger Schwäche des linken Fußes, Morgens beim Aufstehen bemerkt. Wenige Tage darauf Anfall Jackson'scher Epilepsie, beginnend in den Zehen des linken Fußes. Im Laufe von $1^1/_2$ Jahr folgten der Reihe nach Parästhesien im linken Beine, vollkommene Lähmung der linken Zehen, totale Lähmung des linken Beines, Herabsetzung der Kraft der linken Hand, klonische Zuckungen im Gebiete des ganzen linken Armes, zuerst in großen Zwischenräumen, später fast

kontinuirlich andauernd, so wie vereinzeltes Erbrechen Morgens nüchtern. Kopfschmerzen, Schwindel und Pulsverlangsamung fehlten. Leichte doppelseitige Stauungspapille wurde erst kurz vor der Operation im Krankenhause nachgewiesen. Anfang September 1898 setzte eine schwere hallucinatorische Paranoia mit Verfolgungsideen ein. Die geistige Erkrankung trübte das Bild. Allein trotz des Fehlens fast aller Allgemeinerscheinungen des Hirndruckes konnte man nach der Entwicklung des Leidens eine Lokalerkrankung im Bereiche des Beincentrums annehmen. Da der Kranke etliche Jahre vorher an eiternden Halsdrüsen operirt worden war, so dachten wir an einen Hirntuberkel. Derselbe fand sich an der diagnosticirten Stelle und ließ sich leicht ausschälen. Heilung ohne Störung. Die Wahnideen verschwanden fast mit dem Tage der Operation. Herr Z. hat ein Cigarrengeschäft gegründet, leitet es allein ohne Unterstützung, arbeitet täglich 13 Stunden. Die motorischen und sensorischen Funktionen des linken Armes sind normal. Der linke Fuß ist gelähmt geblieben; trotzdem ist der Gang gut und ausdauernd. Patellarreflex links stark erhöht. Trotz fast andauernden Bromgebrauches sind seit der Entlassung 4—5 halbseitige Krampfanfälle mit einem Bewusstseinsverlust von 3—4 Minuten Dauer eingetreten, der letzte im August 1900, und zwischen diesen 6—7 kleine Anfälle von Zuckungen in der linken Schulter, begleitet von einem Gefühle von Schwäche ohne Bewusstseinsverlust. Diese kleinen Anfälle sind immer geringfügiger geworden, so dass der Kranke durch sie kaum in seiner Thätigkeit gestört worden ist.

2) G., 52 Jahre alt, Exstirpation eines cystischen, im Wesentlichen subcortical gelegenen Sarkoms aus dem rechten Armcentrum am 27. August 1900. Der Kranke litt seit vielen Jahren an starken Kopfschmerzen, welche häufig überaus heftig auftraten. Wann dieselben zuerst begonnen haben, konnte er sich nicht entsinnen. Im Mai 1900 sehr starke Kopfschmerzen, Parästhesien und Anästhesie im Gebiete der linken Hand: der Kranke verlor Gegenstände aus der Hand, ohne es zu merken. In ziemlich schneller Folge entwickelte sich unter andauernden Kopfschmerzen und sehr starken Schwindelanfällen zunächst eine leichte Hemmung einzelner Bewegungen der linken Hand, dann Verlust des Muskelgefühles im linken Arme, vollkommener Verlust der stereognostischen Fähigkeit der linken Hand — der Kranke konnte mit geschlossenen Augen eine Kugel nicht von einem Würfel unterscheiden —, eine immer deutlicher werdende Anästhesie auch für Berührung im Gebiete der linken Hand und des linken Vorderarmes, eine schnell zunehmende Lähmung des linken Facialis, zunehmende Schwäche des ganzen linken Armes, geringe motorische Schwäche des linken Beines und schließlich eine doppelseitige, sehr starke Stauungspapille. Die letztere nahm unter unseren Augen schnell zu und war links sehr viel stärker ausgeprägt, als rechts: links fanden sich Blutungen, rechts nicht. Die gesammte

Entwicklung des Leidens leitete auf das Armcentrum. Da Reizungserscheinungen Seitens der Rinde nicht oder nur in Gestalt vereinzelter Muskelzuckungen beobachtet waren, so ließ sich wesentlich subcorticaler Sitz annehmen. Da Druckpuls dauernd fehlte, wurde cystischer Tumor vermuthet. Weitere Erwägungen leiteten auf die hintere Centralwindung. Dort fand sich bei der Operation ein hühnereigroßes, cystisches Sarkom, im Wesentlichen subcortical gelegen. Eine thalergroße veränderte Stelle der Hirnrinde bildete den oberen Pol des Tumors und wurde mit fortgenommen. Die Ausschälung des Tumors gelang rein unter Mitnahme einer dünnen Schicht des umgebenden normalen Hirns. Heilung ohne Störung. Der Kranke ist wieder in seinem Berufe thätig und hat keinen Defekt zurückbehalten, als eine geringfügige Einschränkung feinerer Bewegungen der linken Hand und leichte sensible Störungen in dieser. Beide sind bedingt durch die Rindenexstirpation. Stauungspapille verschwunden; mit Korrektion liest der Kranke wieder feinsten Druck. Die Kopfschmerzen, an welchen Pat. so viele Jahre gelitten hat, sind nie wieder eingetreten. Epilepsie besteht nicht. Die Heilung ist also auch funktionell fast vollkommen. Betreffend Recidiv muss die Zukunft abgewartet werden.

3) Der dritte Kranke, ein 19jähriger Arbeiter, kam mit dem voll entwickelten Bilde eines Hirntumors und schwersten Druckerscheinungen in meine Hände, nämlich starker doppelseitiger Stauungspapille, welche, wie im vorigen Falle, trotz des Sitzes des Tumors auf der rechten Seite links stärker ausgeprägt war, ferner leichter Benommenheit, sehr starken Kopfschmerzen, Erbrechen, so wie Druckpuls. Sensible Störungen bestanden nicht, von motorischen nur eine leichte linksseitige Facialislähmung. Herr Kollege Edinger, mit welchem ich das Krankheitsbild brieflich besprach, schrieb mir, dass es sich nach seiner Erfahrung entweder um einen Hydrocephalus oder um einen Tumor im Schläfenlappen handele. Im letzteren Falle sei die Facialislähmung durch Druck auf das Facialiscentrum von unten her bedingt. Er rieth zur Operation. Bei derselben fand ich Beides, nämlich einen Hydrops des rechten Unterhornes, bedingt durch ein melanotisches Carcinom der Tela chorioidea und des Ependyms des Unterhornes. Der Tumor ist kohlschwarz und von zottigem Bau. Die Neubildung ist von dem Epithel der Tela und dem Ependym ausgegangen. Ich habe in diesem Falle den ganzen rechten Schläfenlappen exstirpirt. Die Lüftung des Unterlappens und seine Abtragung beeinflussten weder Puls noch Athmung. Die Tela chorioidea wurde am Übergange des Seitenventrikels in das Unterhorn an einer normal erscheinenden Stelle abgebunden. Von größeren Gefäßen sind nur die Gefäße der Pia und der hintere Ast der Art. fossae Sylvii unterbunden. Die Trennung geschah, so weit ersichtlich, durchweg in normalem Hirn. Am Ende der Operation lag die gesammte mittlere Schädelgrube leer vor uns. Bei völlig aseptischem Verlaufe, aber unter mancherlei Schwierigkeiten ist der Kranke

genesen und geheilt entlassen. Zurückgeblieben war eine unvollkommene linksseitige Hemiplegie als Folge einer Fernwirkung auf die innere Kapsel.

Von höchstem Interesse war es uns, die Wirkung einer so ungeheuren Operation auf die Psyche und die Hirnfunktionen zu beobachten. In der ersten Zeit war Pat. theilnahmlos und willensschwach, verstand auch manche Fragen sicher nicht richtig. Psyche und Wortverständnis erholten sich vollkommen. In den späteren Wochen war der Kranke der Spaßmacher der Station durch seine humoristischen Bemerkungen. Der musikalische Sinn, welcher von Einigen in den Schläfenlappen verlegt wird, war eben so wenig gestört, wie das sonstige Gehör des linken Ohres. Der Kranke war musikalisch. Er erkannte bei verstopftem rechten Ohre jede Melodie und sang tadellos rein und richtig. Am wunderbarsten war, dass wir keine Hemianopsie haben feststellen können. Durch den Schläfenlappen verläuft angeblich, und ist allenthalben verzeichnet, eine breite optische Bahn von der Occipitalrinde zum Kniehöcker. Sie musste zerstört sein. Trotzdem haben wir eine mit groben Mitteln erkenntliche Einschränkung des Gesichtsfeldes nicht feststellen können. Der Kranke starb kurze Zeit nach seiner Entlassung (3 Monate post operationem) in einem apoplektischen Insult, welcher ihn mitten in vollem Wohlsein ereilte. Die Sektion ergab multiple kleine, schwarze Metastasen im Hirn bei solider Heilung der Hirnwunde. Herr Edinger hat die neurologische Untersuchung des Hirns gütigst übernommen.

4) Der vierte Fall, ein inoperables, bei der Operation nicht gefundenes Sarkom des Kleinhirns, bietet wesentliches Interesse nur durch die Technik der Freilegung des Kleinhirns. Ich verweise darum auf die ausführliche Veröffentlichung und bemerke hier nur, dass es sich um ein blindes Kind mit mächtigem Hydrocephalus handelte. Vermuthet war ein Tumor in den seitlichen Theilen der linken Kleinhirnhemisphäre. Einen idiopathischen Hydrocephalus konnte man nicht sicher ausschließen. Ich habe in diesem Falle, um freien Zugang zu haben, das ganze Hinterhauptsbein mit rechts gelegener Lappenbasis osteoplastisch resecirt. Die Sudeck'sche Fraise glitt ohne Störung über die Sinus hinweg. Die linke Kleinhirnhemisphäre ließ sich, da das ganze Kleinhirn und die gesammte Hinterhauptsrinde frei lag, ausgezeichnet abtasten. Ich konnte einen Finger über, den anderen unter die Hemisphäre legen und bequem bis an das Felsenbein vordringen. Der Tumor wurde nicht gefunden. Das Kind starb in der Nacht nach der Operation im Collaps, nachdem es den Nachmittag über bei Bewusstsein gewesen war. Die Geschwulst lag genau median, hatte fast Kartoffelgröße, reichte von der Rinde des Oberwurmes bis zu der des Unterwurmes. (Selbstbericht.)

---

26) **Krönlein** (Zürich). Sarkom der rechtsseitigen motorischen Region des Großhirns, diagnosticirt, gesucht — nicht gefunden.

M. H.! Dass man einen Tumor des Gehirns richtig diagnosticiren, an richtiger Stelle aufsuchen und gleichwohl bei der Operation nicht finden kann, soll Ihnen das Präparat hier illustriren. Es sei mir gestattet, den Fall ganz kurz zu skizziren und das zugehörige Gehirn Ihnen zu demonstriren.

Am 19. Juni 1899 wurde mir von seinem Hausarzt Herrn Dr. Sch. in W. der 61jährige K. K., Landwirth in W., mit der bestimmten Diagnose eines Tumors der rechtsseitigen motorischen Hirnregion zur event. Operation zugeschickt. Die Diagnose des Herrn Kollegen Dr. Sch., meines einstigen Schülers, war so sorgfältig begründet, die Beobachtung, auf welche sie sich stützte, eine so exakte, dass ich in die Richtigkeit derselben von vornherein keinen Zweifel setzte; gleichwohl wollte ich mich durch eigene Beobachtung hiervon erst überzeugen, ehe ich zur Operation schritt. So blieb der Kranke vom 19. Juni bis zum 19. Juli 1899 in der Klinik und wurde erst am letztgenannten Tage operirt. Der Diagnose des Herrn Dr. Sch. konnte ich nur beipflichten, und zwar aus Gründen, die ich hier nur ganz kurz anführen will.

Die Krankheit zeigte sich zuerst im November 1887, wo Pat. auf dem Heimwege in sein Dorf plötzlich eine Lähmung des linken Fußes empfand, so dass er öfter mit dem linken Beine strauchelte. Am folgenden Morgen beim Aufstehen traten zum ersten Male im linken, paretischen Fuße heftige klonische Krämpfe auf, die 10 Minuten lang andauerten, dann nachließen.

— Von da ab wiederholten sich diese Krampfanfälle alle 14 — 30 Tage und immer in folgender, von dem Arzte im September 1898 zum ersten Male selbst beobachteten Weise: »Der Anfall beginnt mit diffusen Kopfschmerzen und heftiger Palpitatio cordis. Dann traten konvulsive Kontrakturen auf, links an den Zehen beginnend, auf linken Unterschenkel, Oberschenkel, Rumpf, linke Schulter, linken Vorderarm und Hand übergreifend und schließlich auf die linke Gesichtshälfte, Zunge und Augen übergehend. Beim Beginne des Anfalles besteht starkes Angstgefühl, zuweilen leichte Umdämmerung des Bewusstseins, bei heftigen Krämpfen eine totale Bewusstseinsstörung (Somnolenz). Dauer des Anfalles mehrere Minuten; nach Aufhören desselben komplete Lähmung des linken Beines, die allmählich in eine Parese übergeht, und deutliche Ataxie.« —

Nie Erbrechen, keine Stauungspapille, dagegen deutliche perkutorische Empfindlichkeit der rechten Scheitelgegend.

In der Klinik wurden mehrere solche Anfälle beobachtet. Außerdem bestand nun eine deutliche Parese des linken Facialis, jedoch ohne Betheiligung des Hirnes, des linken Armes und des linken Beines.

Am 19. Juli 1899 schritt ich in Äthernarkose zur osteoplastischen Resektion der rechtsseitigen Parieto-Temporalgegend des Schädels, um den Hirntumor, den ich in die obere Hälfte der Centralwindungen zu verlegen geneigt war, bloßzulegen und wo möglich zu exstirpiren. Der Lappen wurde groß und ausgiebig nach Wagner-Doyen gebildet, so dass die ganze in Betracht kommende Region ausgiebig bloßgelegt wurde. Nachdem auch die normal aussehende Dura in Form eines großen Lappens nach unten geschlagen war, lagen Sulcus Rolandi und vordere und hintere Centralwindung übersichtlich vor, zeigten aber keine wesentliche Veränderung. Namentlich fiel auf, dass das Gehirn sich ganz und gar nicht in die Knochenlücke vordrängte, sondern eher zurücksank; nirgends eine Resistenz zu fühlen; die Hirnrinde im Gegentheil eher matsch und die Pia an einigen Stellen, namentlich im Bereiche der hinteren Centralwindung einige weißlich-getrübte Stellen zeigend. Nachdem die sorgfältige Untersuchung der ganzen Hirnregion mit dem palpirenden Finger resultatlos geblieben, wird noch die elektrische Reizung der bloßgelegten Hirnrinde mittelst eines schwachen Induktionsstromes vorgenommen; doch wurde auch so nur ein negatives Resultat erzielt.

Damit war die Untersuchung beendigt. Die Diagnose auf Tumor im Bereiche der Centralwindungen wurde fallen gelassen und die Wunde in der üblichen Weise geschlossen und vollständig vernäht. — Heilung per primam. — Entlassung in ungebessertem Zustande den 7. September 1899.

Nun ist Pat. am 3. Februar 1901, also $1^1/_2$ Jahre nach der Kraniotomie gestorben. Wie mir Herr Dr. Sch. schrieb, blieb sich der Zustand des Pat. nach seiner Entlassung noch lange Zeit gleich; dann traten die epileptischen Anfälle seltener und weniger intensiv auf und blieben allmählich, in den letzten 3 Monaten ganz aus. An ihre Stelle traten Apathie, Somnolenz, dann ein tiefes Coma, in dem Pat. Exitus machte.

Sie sehen nun das Gehirn des Verstorbenen hier. Es handelt sich um einen apfelgroßen derben Tumor (ein Spindelzellensarkom von großem Gefäßreichthum) in der rechten motorischen Region, da, wo ich den Tumor einstens gesucht hatte. Die Dura ist jetzt mit der Oberfläche des Tumors verwachsen: auf dem Frontalschnitte durch die beiden Hemisphären, quer durch die Mitte des Tumors gemacht, sehen Sie, dass er nicht nur die Hirnrinde, sondern auch den Stabkranz unter derselben in erheblicher Ausdehnung einnimmt und dass er sich namentlich auch noch nach hinten über die Grenzen der hinteren Centralwindung in den oberen Parietallappen und nach oben in das Paracentralläppchen ausdehnt.

Wie ist es zu erklären, dass der Tumor uns bei der Operation trotzdem entgehen konnte?

Ich glaube, die Erklärung ist ziemlich einfach und lautet dahin, dass zur Zeit der Operation, im Juli 1899, der Tumor eben viel

kleiner war und ganz subcortical lag. Erst im Laufe der weiteren $1^1/_2$ Jahre hat er sich dann nach der Hirnrinde zu weiter entwickelt und schließlich — die Dura erreicht. Dass die elektrische Reizung der Hirnrinde negativ ausfiel, ist vielleicht daraus zn erklären, dass die zugehörigen Fasern des Stabkranzes durch den subcorticalen Tumor schon zerstört waren; auch der Mangel der Allgemeinerscheinnungen zur Zeit der Operation spricht dafür, dass der Tumor damals eben noch sehr klein war, so dass er weder Stauungspapille, noch Erbrechen, noch permanentes Kopfweh, noch andere Hirndrucksymptome auszulösen vermochte. Ich habe es hinterher sehr bedauert, dass der Pat. nach seiner Entlassung sich nie mehr in der Klinik sehen ließ. Vielleicht hätte eine Nachuntersuchung uns später doch noch veranlasst, in ähnlicher Weise wie bei der Hirntuberkulose die Schädelkapsel noch einmal aufzuklappen und nach dem Tumor zu fahnden. (Selbstbericht.)

27) **Krönlein** (Zürich). Dauerheilung eines Hirntuberkels.

K. berichtet über das Schicksal eines von ihm vor 6 Jahren (1895) wegen Konglomerattuberkels der linksseitigen Centralwindungen des Großhirns mit Erfolg operirten Pat. Dieser Kranke lebt noch und befindet sich in einem recht guten Zustande. Eine zeitweise Verschlimmerung, welche sich ca. 1 Jahr nach der Operation bei dem Pat. geltend machte, veranlasste damals (im Jahre 1897) K., eine 2. Kraniotomie vorzunehmen und das frühere Operationsgebiet an der Hirnoberfläche auf die Frage eines Recidivs hin zu untersuchen. Der Befund aber war ein negativer, diese abermalige Operationswunde heilte, wie die frühere, per primam, und seither befindet sich Pat. in einem sehr erträglichen Zustande; auch anderweitige tuberkulöse Erkrankungen sind bei ihm nirgends nachzuweisen. — Eine kleine Statistik aller bis jetzt operirten Fälle von Hirntuberkel, welche K. giebt, zeigt, dass dieser referirte Fall der einzige ist, der auch nach 6 Jahren noch völlig gesund geblieben ist. — Ihm an nächsten stehen die Beobachtungen von Czerny und Horsley. (Selbstbericht.)

28) **F. Krause** (Berlin). 27 intrakranielle Trigeminusresektionen (darunter 25 typische Exstirpationen des Ganglion Gasseri) und ihre Ergebnisse.

Seiner im Jahre 1892 angegebenen Methode ist Verf. treu geblieben, da keine der seither veröffentlichten Modifikationen einen besonderen Vortheil bietet. Das von Lexer[1] angewandte Verfahren entspricht in den wesentlichen Punkten dem von Doyen, und dieser hat, wie er K. im vorigen Jahre in Paris mündlich mitgetheilt, seine Methode zu Gunsten der K.'schen vollkommen aufgegeben.

[1] Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins, 11. Juni 1900.

Den Vorschlag von Dollinger[2], die Unterbindung der Art. meningea media überhaupt zu unterlassen, kann K., so lehrreich seine Mittheilungen sind, nicht gutheißen. Wenn man so vorgeht, wie es K. von vorn herein ausgeführt, dass man nämlich vor der Unterbindung jener Arterie die durch den Hirnspatel emporgehobene Dura mater mittels des Elevatoriums medianwärts bis zum 3. und 2. Aste von der knöchernen Schädelbasis abhebt, so dass der Stamm der Meningea als von unten nach oben ziehender Strang frei daliegt, so verzögert jener Akt die Operation nur um wenige Minuten; mehr Zeit braucht man nicht, um einen doppelten Faden herumzulegen und die Ligatur oben und unten zu knoten. Dies Verfahren aber giebt das Gefühl der viel größeren Sicherheit, zumal die Operation so wie so allerlei unerwartete Komplikationen aufweisen kann.

Wenn die central gelegene Ligatur abgleitet oder die Arterie bei bestehender Sklerose ein- oder abreißt, so wird in das Foramen spinosum ein kurzer rechtwinklig abgebogener Haken fest eingepresst und während der ganzen weiteren Operation liegen gelassen; solcher Haken hat K. drei von verschiedener Stärke anfertigen lassen[3]. Sollte am Ende der Operation die Blutung nicht völlig stehen, so wird ein kleiner Zipfel steriler Binde in das Foramen hineingestopft und erst nach einigen Tagen entfernt.

Durch die Blutung ist K. nach seinen beiden ersten Operationen, die nur intrakranielle Resektionen des 2. Astes darstellten und bei der mangelnden Übung absichtlich in zwei Zeiten ausgeführt wurden, niemals mehr zum zweizeitigen Verfahren gezwungen worden. Nur im 16. Falle forderte der schwere Collaps des Kranken, dass nach Unterbindung der Meningea die Operation abgebrochen und die Exstirpation des Ganglion Gasseri nach einer Pause von 4 Tagen vollendet wurde, was dann ohne Störung möglich war. In den übrigen 24 Fällen gelang die typische Exstirpation des Ganglion in der ersten Sitzung.

Die Operationsdauer hängt wesentlich von der Stärke der Blutung und von der Zeit ab, die man zu ihrer Stillung braucht. In einem Falle verzögerte sie sich daher ganz ungewöhnlich, so dass im Ganzen 3 Stunden vergingen. Aber gerade bei heftiger Blutung muss man langsam arbeiten und die Operation immer wieder durch zeitweilige Tamponade unterbrechen, damit man in der Tiefe der Wunde alle nothwendigen Handgriffe unter Leitung der Augen vornehmen könne. K. zieht selbst eine lange Dauer der Operation, so fern sie nur einzeitig zu Ende geführt wird, dem zweizeitigen Verfahren durchaus vor und entschließt sich zu diesem nur noch im äußersten Nothfalle. Denn er hält es nicht für unbedenklich, die

[2] Centralblatt für Chirurgie 1900. No. 44.

[3] Alle zur Exstirpation des Ganglion Gasseri nothwendigen Instrumente werden, in einem Kästchen vereinigt, von H. Windler, Berlin, Friedrichstraße 133a, oder C. W. Bolte, Nachfolger, Hamburg, Rathhausstraße geliefert.

durch ihre langen, heftigen Schmerzen entkräfteten Personen kurze Zeit hinter einander 2mal den Gefahren der Narkose und des operativen Eingriffes auszusetzen. Zudem wird durch das lange Offenbleiben der tiefen Wunde, selbst wenn man den Lappen über dem Jodoformtampon mit einigen Nähten befestigt, die Sicherheit des aseptischen Verlaufes in Frage gestellt.

Im Durchschnitte hat die einzeitige Operation mit Erhaltung des Knochens $1^1/_2$ Stunde in Anspruch genommen, in einzelnen Fällen, in denen die Blutung gering war, 50—55 Minuten, in einem Falle nach Herausschneiden des Knochens 33, in den 3 letzten Fällen 25 Minuten, in jenem Falle 16 bei der zweiten Zeit nur 20 Minuten. Opfert man den Knochen, so spart man $^1/_4$ Stunde Zeit und auch Blut, und K. empfiehlt dies Verfahren daher bei sehr herabgekommenen Kranken. Die Temporalgegend sinkt dann allerdings im Gebiete der Narbe im Laufe der Zeit stärker ein. Störungen haben sich indessen daraus nicht ergeben.

Nach den beiden ersten intrakraniellen Resektionen des 2. Astes hat K. 25 typische Exstirpationen des Ganglion Gasseri ausgeführt, und zwar 18mal bei Frauen im Alter von 30 bis zu 71 Jahren; 7mal bei Männern im Alter von 30 bis zu 72 Jahren. Das rechte Ganglion wurde bei 12 Frauen und 4 Männern, das linke bei 6 Frauen und 3 Männern entfernt.

Was die unmittelbaren Ergebnisse der Operationen betrifft, so ist eine 58jährige, überaus schwache und an chronischer Nephritis leidende Frau einige Stunden nach der Operation im Collaps, ein 72jähriger Mann am 6. Tage danach in Folge eines schweren Herzfehlers gestorben. Der Verlauf war in diesem Falle fieberfrei, die Temperatur hatte niemals 38° überschritten, der Puls war zwar unregelmäßig, wie vor der Operation, aber kräftig und schwankte in der Frequenz zwischen 68 und 76 Schlägen. Wegen ausgesprochener Arteriosklerose und sehr unregelmäßiger Herzthätigkeit hatte K. die Operation verweigert, bis er sich nach vielen Wochen wegen der außerordentlichen Qualen des alten Herrn doch dazu bestimmen ließ. Der Tod erfolgte an Herzinsufficienz. Die Sektion ergab die Wunde reizlos verklebt und in deren Umgebung keine pathologischen Veränderungen, dagegen ausgedehnte Degeneration der Herzmuskulatur, namentlich auch starke Sklerose der Koronararterien. Endlich ist im letzten Falle (27) bei einer 62jährigen Frau der Tod 20 Tage nach der Operation eingetreten, ohne dass die Sektion einen Grund dafür hat auffinden lassen. Die Wundverhältnisse boten nichts von der Norm Abweichendes.

Von einem septischen Processe ist in keinem Falle bei der Autopsie etwas gefunden worden; das Operationsgebiet lässt sich trotz der Nähe des Auges, Ohres und Mundes, wie K.'s Erfahrungen lehren, bei gehöriger Sorgfalt durchaus aseptisch erhalten. Das gerade ist, neben der Übersichtlichkeit der tiefen Wundhöhle, der große Vortheil des temporalen Verfahrens. Andere Chirurgen haben noch nach

einem Zwischenraume von mehreren Monaten einen Hirnabscess sich bilden sehen; glücklicherweise ist K. diese Erfahrung bisher erspart geblieben. Selbst in zwei Fällen, in denen die Knochenplatte nekrotisch wurde, hat sich kein Hirnabscess entwickelt. In dem einen Falle war die intrakranielle Resektion des 2. Astes zweizeitig ausgeführt und die Wunde 5 Tage lang durch Tamponade offen gehalten worden, da wegen der Schwäche des 62jährigen Kranken die Operation nicht früher vollendet werden konnte. In dem anderen Falle, bei einer 37jährigen Frau, war die Blutung sehr beträchtlich, was von vorn herein erwartet wurde, da sie bei zwei früheren peripheren Operationen ebenfalls ungewöhnlich stark gewesen war. Die Exstirpation des Ganglion hatte daher 3 Stunden gedauert, und bei den vielfachen Manipulationen war die Knochenplatte vom Periost in größerer Ausdehnung abgelöst worden.

Was das Verhalten des Auges nach der Operation betrifft, so bedürfen diejenigen Augen besonderer Sorgfalt, bei denen von früheren Eingriffen her Lagophthalmus besteht. Um nun Lähmungen des unteren Lides auch geringer Art zu verhüten, verwendet K. bei peripheren Trigeminusresektionen stets Schnittführungen, welche den Facialisfasern parallel verlaufen, und stimmt in dieser Hinsicht den Ansichten Kocher's völlig bei. Auch für die Resektion des 2. und 3. Astes an der Schädelbasis hat K. eine jenes Ziel erreichende Schnittführung benutzt und im v. Bergmann'schen Handbuche (Stuttgart bei Ferd. Enke 1900, p. 654) abgebildet. Übrigens befindet sich unter den Operirten eine Dame, die von früheren Eingriffen her einen vollständigen Lagophthalmus besitzt. Bei ihr ist die Exstirpation des Ganglion Gasseri am 23. August 1895 ausgeführt worden, und bis heutigen Tages ist, ohne dass irgend welche Schutzmaßregeln angewendet wurden, niemals eine Augenentzündung eingetreten.

Im Allgemeinen lehren K.'s Beobachtungen, dass die Gefahr für die Hornhaut in den ersten Wochen nach der Operation am größten ist; späterhin bedürfen die Augen meist keines Schutzes mehr. Nur bei einer Operirten entstand 2 Jahre nach der Operation auf der Rückreise von Berlin, wo sie auf dem Chirurgenkongresse 1895 vorgestellt worden war, ein Hornhautulcus. Dieses heilte im Laufe von 2 Monaten mit unbedeutendem Hornhautfleck aus, und seitdem hat sich keine neue Entzündung eingestellt. Ferner liefern K.'s Erfahrungen den Beweis, dass auch an den des Trigeminuseinflusses dauernd beraubten Augen Hornhautgeschwüre, ja selbst schwere Hypopyonkeratitiden zur Heilung gelangen.

Von cerebralen Störungen machen sich nach der Operation Unruhe, Theilnahmlosigkeit, selten vorübergehende Somnolenz, Schmerzen im ganzen Kopfe und Sausen geltend. Die Unruhe war 3mal auffallend stark und hielt mehrere Tage an. Morphium pflegte Abhilfe zu schaffen. Ein Kranker hatte während der ersten 3 Tage kribbelnde Empfindungen in den Beinen; eine Frau klagte bis zum

9. Tage über Schmerzen in beiden Beinen, eine andere sah am 3. Tage vorübergehend fremde Gestalten am Bette.

In zwei Fällen, in denen das linke Ganglion exstirpirt worden war, machten sich leichte aphasische Störungen bemerkbar; sie gingen aber rasch vorüber. Einer dieser Kranken, ein Arzt, antwortete die ersten 3 Tage auf Fragen sehr langsam, er suchte nach den Worten, versprach sich auch zuweilen, z. B. sagte er, »ich ziehe (statt ich fühle) Schmerzen«; er fand nicht das Wort Ganglion. Indessen wurde von der erfahrenen Wärterin diese Sprachstörung gar nicht bemerkt, sie war also sehr gering und bereits 5 Tage nach der Operation vollkommen verschwunden. Bei der zweiten Kranken traten die aphasischen Störungen erst am 3. Tage nach der Operation auf; sie verwechselte einzelne Worte und brauchte hin und wieder falsche Anfangsbuchstaben, z. B. Lecken statt Becken. Auch hier war die Störung gering und wirkte auf die erwachsene Tochter, da es der Kranken sonst sehr gut ging, komisch. 8 Tage nach der Operation war die Aphasie verschwunden. Bei einem 55jährigen Manne hatte in den ersten 3 Wochen nach der linksseitigen Operation das Namengedächtnis für Personen ein wenig gelitten; dagegen waren keine motorisch-aphasischen Symptome vorhanden. Als anatomische Unterlage für solche Störungen wurde bei den Sektionen eine ganz oberflächliche Erweichung der Rinde des basalen Theiles des Schläfenlappens gefunden, welche offenbar durch den Druck des Hirnspatels verursacht war.

Schwerere Erscheinungen von Seiten des Gehirns hat K. in einem Falle gesehen, obgleich die Operation sehr rasch vollendet worden war und nach Herausschneiden des Knochens nur 33 Minuten in Anspruch genommen hatte; für einen kurzen Bericht eignet sich der Fall nicht. Die Störungen gingen vorüber, ohne Folgen zu hinterlassen.

Was die Dauerergebnisse der Exstirpation des Ganglion Gasseri anlangt, so ist K. in der glücklichen Lage, behaupten zu können, dass er bei typischer Trigeminusneuralgie, so schwer sie auch gewesen sein möge, nach jener Operation bisher einen Rückfall bei keinem seiner überlebenden Kranken beobachtet hat. Am meisten beweisend sind natürlich die ältesten Fälle, und von den erst Operirten sind noch jetzt am Leben: eine jetzt 76jährige Frau, bei der am 31. Januar 1893, ein jetzt 63jähriger Mann, bei dem am 30. Mai 1893, eine jetzt 77jährige Frau, bei der am 19. September 1894, eine jetzt 54jährige Frau, bei der am 29. November 1894, eine jetzt 43jährige Frau, bei der am 23. August 1895 die Exstirpation vorgenommen worden ist. Sie Alle sind auf der operirten Seite völlig schmerzfrei geblieben, während die früher bei ihnen ausgeführten peripheren Nervenresektionen nur kurze Zeit oder überhaupt nicht von Erfolg gekrönt waren. In jenen ältesten 5 Fällen sind also 6—8¼ Jahre verstrichen, ohne dass ein Rückfall eingetreten ist, und da ist man berechtigt, von Heilung zu sprechen. Ferner sind bei weiteren

11 Fällen seit der Operation mindestens 2 Jahre verflossen, gleichfalls ohne Recidiv.

Ganz besonders beweisend für die Heilwirkung der Ganglionexstirpation sind die Fälle, in denen auf der nicht operirten Seite neuralgische Schmerzen sich eingestellt haben, während die ursprünglich erkrankte schmerzfrei geblieben ist. Solcher Fälle hat K. 3 aufzuweisen, alle betreffen Frauen.

Während also die Exstirpation des Ganglion Gasseri bei der typischen Trigeminusneuralgie so ausgezeichnete und dauernde Erfolge geliefert hat, ist sie als völlig nutzlos in allen den Fällen zu verwerfen, in denen es sich um hysterische oder neurasthenische Pseudoneuralgien handelt. In drei derartigen Fällen hat K. die Operation abgelehnt; es handelte sich jedes Mal um unverheirathete Damen im Alter von 26, 27 und 33 Jahren. Bei allen dreien waren von hervorragenden Chirurgen periphere Resektionen ohne jeden Nutzen vorgenommen, bei der 27jährigen Kranken in ihrer Heimath (Nord-Amerika) auch beide Ovarien entfernt worden. In einem 4. Falle hat K. sich doch zu dem Eingriffe verleiten lassen, weil der Kranke, früher Chirurg an einem großen Krankenhause, die Ganglionexstirpation durchaus verlangte und mit Selbstmord drohte. Die Operation war, wie K. gefürchtet und den Verwandten gegenüber vorher ausgesprochen, ohne jeden Erfolg. Der Kollege ist jetzt — $1^3/_4$ Jahre nach der Operation — körperlich wohl, hat aber die alten Schmerzen nach wie vor.

Leichte sensible Störungen machen sich auf der operirten Seite von Zeit zu Zeit bei einigen Kranken bemerkbar. Sie haben die Empfindung des Kribbelns oder Ziehens; namentlich bei psychischen Aufregungen oder nach angestrengtem Arbeiten tritt eine Empfindung des Stechens oder Brennens ein, die aber bei Allen rasch vorübergeht und nur als Unannehmlichkeit, nicht als Schmerz empfunden wird. Dagegen beklagten sich zwei Kranke, eine 76jährige Frau und ein 56jähriger Mann, über die halbseitige Gefühllosigkeit der Mundschleimhaut, welche beim Essen und Kauen hinderlich sei; die übrigen Operirten hatten sich an diesen Zustand gewöhnt.

In der ausführlichen Arbeit, welche in der Münchener med. Wochenschrift erschienen ist, giebt K. alle 27 Krankengeschichten und eben so die letzten Befunde, damit über das Heilungsergebnis ein Jeder sich unterrichten kann.

Das Allgemeinbefinden, das durch die langen Qualen in außerordentlichem Grade zu leiden pflegt, bessert sich nach Aufhören der Schmerzen rasch, Nervosität und Schlaflosigkeit schwinden, und die vorher durchaus auf fremde Hilfe angewiesenen Kranken werden wieder selbständig und arbeitsfähig. In einem Falle hat K. nach der Heilung eine Geistesverwirrung, welche wie die verursachende Neuralgie mehrere Jahre bestand, zurückgehen sehen.

Ohne Zweifel haften der Operation Gefahren an. Wenn man indessen im einzelnen Falle das Für und Wider genau abwägt, und

wenn man dann den armen Leidenden die Verhältnisse ohne Rückhalt aus einander setzt, wozu man nach K.'s Ansicht hier in weit höherem Maße, als z. B. beim Carcinom, verpflichtet ist, da ja die entsetzlichen Schmerzen an sich das Leben nicht in Gefahr bringen, so findet man keinen Widerspruch gegen die Operation. »Lieber den Tod als solch ein Leben«, diesen Ausspruch hat K. fast von allen seinen Kranken gehört, und ihre schmerzdurchfurchten Züge legen beredtes Zeugnis dafür ab, dass jenes Wort keine bloße Redensart ist. Sind doch Selbstmordversuche in diesen schwersten Fällen von Gesichtsschmerz keine Seltenheit.

Mehrmals war K. gezwungen, die Operation bei Leuten auszuführen, die gänzlich entkräftet waren; einer dieser Fälle betraf einen 52jährigen, noch dazu schwer herzkranken Mann. Nur eine 58jährige Frau ist im Collaps gestorben, die anderen derartigen Kranken sind ohne Störung geheilt. Bei ihnen waren extrakranielle Eingriffe überhaupt nicht mehr möglich; daher blieb keine Wahl, es musste das Ganglion entfernt werden. In so schweren Fällen wird es auch niemals gelingen, die Körperkräfte vorher zu heben; die Schmerzanfälle mit ihren Folgen vereiteln alle unsere Bemühungen.

Nach K.'s Erfahrungen führt die Entfernung des Ganglion Gasseri in allen den Fällen zu dauernder Heilung, in denen die Ursache der Neuralgie dort oder weiter nach der Peripherie zu ihren Sitz hat, das heißt bei der überwiegenden Zahl der Erkrankungen. Wenn aber die Neuralgie durch eine Ursache hervorgerufen ist, welche central vom Trigeminusstamme, also in den Kernen und central von ihnen gelegen ist, dann wird auch die Entfernung des Ganglion Gasseri nichts nützen und ist daher zu verwerfen.

Nach obigem Vortrage hat K. noch zwei Exstirpationen des Ganglion Gasseri ausgeführt, beide Male bei Männern von 63 und 64 Jahren und auf der linken Seite. In beiden Fällen verlief die Heilung uugestört. (Selbstbericht.)

---

29) **Küster.** Zur Rhinoplastik aus dem Arme.

Unter Vorlegung einer Anzahl von Lichtbildern giebt K. einen kurzen Bericht über die bisher von ihm ausgeführten Nasenbildungen aus dem Arme nach der Methode des Tagliacozza bezw. Heinrichs v. Pfalzpoint. Es sind deren im Ganzen 6, von denen 5 Frauen, eine einen Mann betrafen. Die Operation bei dem Manne geschah wegen eines Ulcus rodens am linken Nasenflügel; sie misslang wegen nicht zu bändigender Unruhe des Kranken. 5 Frauen wurden wegen lupöser Zerstörung der Nasenspitze operirt; sie sind sämmtlich geheilt. Bei zweien kamen freilich Recidive vor, welche Nachoperationen erforderten. Eine dieser Frauen blieb dann 6 Jahre gesund bei dauernd wohl gebildeter Nase; sie starb nach dieser Zeit an Lungenschwindsucht. Auch die übrigen Nasen sind fast durchweg vortrefflich ausgefallen. — Die Bildung der Nasenlöcher ist in so

fern nicht ganz einfach, als diese, auch bei guter Umrandung mit Haut, eine große Neigung zur Verengerung behalten; man lässt daher am besten einige Monate lang kurze Gummidrains tragen.

Die Ergebnisse der Operation sind jedenfalls der Art, dass dieselbe nur dringend zur Nachahmung empfohlen werden kann.

(Selbstbericht.)

---

30) **v. Eiselsberg** (Wien). Zur Technik der Uranoplastik.

v. E. berichtet über die von ihm befolgte Technik, welche im Wesentlichsten in der Operation nach Dieffenbach-v. Langenbeck mit der Billroth'schen Modifikation besteht. Alle Eingriffe werden bei hängendem Kopfe in tiefster Narkose ausgeführt.

Bei breiten Spalten führt diese Methode nicht immer zum Ziele.

Das Gersuny'sche Verfahren der Lappenplastik aus der Zunge ist gewiss in Überlegung zu ziehen, aber technisch nicht einfach.

v. E. hat folgende atypische Eingriffe ausgeführt:

1) Deckung eines breiten Defektes durch Einpflanzung eines einfach gestielten granulirenden Lappens aus dem Vorderarme.

2) Deckung des Uranocoloboma anticum durch frontale Abspaltung des mukösen Überzuges des Zwischenkiefers, Zurückklappen desselben um eine quere Achse und Annähen an die vorher wund gemachten Ränder des Uranocoloboma anticum.

3) Deckung der vorderen Hälfte breiter Uranoschismen durch einen Lappen, welcher dem ganzen Vomer entnommen war (ähnlich der Lannelongue'schen Plastik an der Schleimhaut des Vomer).

4) Einpflanzung des kleines Fingers zur Aufrichtung einer buldoggartigen Nase und Verkleinerung des Uranocoloboma anticum.

Das Resultat der sub 1, 2, 3 angeführten Eingriffe war ein sehr zufrieden stellendes, die sub 4 angeführte Operation erzielte eine wesentliche Verbesserung.

v. E. betont, dass alle diese atypischen Eingriffe bloß in besonders ungünstigen Fällen (breite Spalten) in Anwendung kommen sollen.

Anhangsweise wird noch über einen Fall berichtet, in welchem eine aus dem Oberarme gebildete Nase durch Einpflanzung eines ausgekochten Tibiastückes eine bessere Projektion erhielt.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Julius Wolff (Berlin). Die von Herrn v. Eiselsberg mitgetheilten Verfahren des Verschlusses von großen Gaumendefekten durch Ersatz aus mehr oder weniger entlegenen Körpertheilen haben unzweifelhaft einen großen Werth für solche Fälle von angeborener Gaumenspalte, bei denen die Naht misslungen und größere Gaumenpartien durch Gangrän verloren gegangen sind. In allen Fällen aber, in denen zuvor noch keine Operationen vorgenommen worden waren, reicht nach W.'s Erfahrungen das am Gaumen selbst befind-

liche organische Material vollkommen zum Verschlusse des Defektes aus, vorausgesetzt allerdings, dass man zweizeitig operirt und dadurch die schmalen abgelösten Lappen erst noch vor der Vernähung wieder gute Cirkulationsverhältnisse gewinnen lässt.

Gegen die Billroth'sche Abmeißelung der medialen Platten des Processus pterygoideus ossis sphenoidei hat W. bereits im Jahre 1900 seine Bedenken geäußert. Führt man nach der Lappenbildung den kleinen Finger unter den Lappen und löst man mittels desselben alle nach der instrumentellen Ablösung noch übrig gebliebenen kleineren Adhärenzen ab, so bedarf es weder der Seitenschnitte durch das Velum, noch der Billroth'schen Abmeißelung.

(Selbstbericht.)

v. Eiselsberg (Wien) meint, dass selbst nach zweizeitiger Operation noch Fisteln bleiben werden.

Czerny (Heidelberg) operirt einzeitig, näht mit Crin oder Silberdraht und fügt oft das Billroth'sche Entspannungsverfahren hinzu. Fisteln entstehen in $^1/_4$ aller Fälle. **Christel** (Metz).

---

31) **Hildebrand** (Basel). Fall von veralteter doppelseitiger Luxation des Unterkiefers.

H. berichtet über einen Fall von veralteter (6 Monate) doppelseitiger Luxation des Unterkiefers, in welchem ihm die Reposition nach temporärer Resektion der Jochbögen durch Abhebelung der Kieferköpfchen von der Schädelbasis mit Hilfe des Elevatoriums in vollkommener Weise gelang, ohne jede Muskel- und Bänderdurchschneidung, ohne Resektion der Kieferköpfchen.

(Selbstbericht.)

---

32) **H. Braun** (Göttingen). Die Resektion des Nervus sympathicus wegen Epilepsie.

Nachdem früher schon von Alexander (1889) partielle Resektionen am Halssympathicus zur Heilung der Epilepsie ausgeführt und empfohlen waren, wurden dieselben in den folgenden Jahren doch nur selten gemacht. Erst Jonnesco theilte 1899 mit, dass er bei einer größeren Zahl von Epileptikern gute Erfolge durch die doppelseitige Resektion des Halssympathicus und seiner Ganglien erhalten habe. Diese Publikation und die gleichzeitige Empfehlung der Sympathicoektomie bei Morbus Basedowii und Glaukom veranlassten B., die Resektion des Halssympathicus bei Epilepsie vorzunehmen, und zwar entfernte er in 2 Sitzungen das Ganglion cervicale superius, den Grenzstrang des Nerven bis in die Gegend der A. thyreoidea inferior und das Ganglion medium, so fern ein solches vorhanden war. Die Resektionen wurden theils mit einem am vorderen, theils mit einem am hinteren Rande des M. sterno-

cleido-mastoideus gelegenen Schnitte vorgenommen. Die konstanten Folgen der Resektion des Sympathicus waren eine Ptosis des oberen Augenlides, eine Verengerung der Pupille und Dilatation, die Erhöhung der Temperatur der einen Gesichts- und Kopfhälfte. Während das erste Symptom dauernd blieb, ging das zweite nach längerer Zeit, das letzte aber sehr bald, meist schon am Tage nach der Operation zurück. Nach diesen Beobachtungen hält es B. für höchst unwahrscheinlich, dass in den Gehirngefäßen eine dauernde Dilatation zu Stande kommen soll, durch welche Jonnesco zum Theil die guten Erfolge seiner Operation erklärt.

Von den 9 durch B. operirten Kranken (8 doppelseitig, 1 einseitig) starb einer an Pneumonie wenige Tage nach der Operation, ein zweiter einige Wochen nach derselben in einem epileptischen Anfalle, bei 2 Kranken ist die Resektion noch nicht lange genug gemacht, um über den Erfolg derselben etwas aussagen zu können. Von den anderen 5 Kranken, von denen die meisten allerdings auch Geistesstörungen zeigten, wurde keiner geheilt, wenn auch bei Einzelnen die Anfälle seltener aufzutreten scheinen. Jedenfalls giebt die Sympathicoektomie bei Epileptikern, die gleichzeitig geisteskrank sind, schlechte Erfolge, und unwahrscheinlich ist, dass bei anderen Formen der Epilepsie eine dauernde Heilung durch die Operation herbeigeführt wird. Jedenfalls ist das bis jetzt bekannte Beobachtungsmaterial noch nicht genügend und zum großen Theile auch noch nicht lange genug nachbeobachtet, um die Resektion des Halssympathicus als Mittel zur Heilung der Epilepsie allgemein empfehlen zu können. (Selbstbericht.)

---

33) **Katzenstein** (Berlin). Spina bifida occulta.

K. demonstrirt 2 Fälle von Spina bifida occulta. In beiden Fällen ist der Sitz der Affektion die Lendenwirbelsäule, in beiden Fällen wurde K. durch atypische sekundäre Störungen auf das primäre Leiden hingewiesen. Der erste Fall kam zu ihm wegen einer schlaffen Lähmung des rechten Beines, Atrophie und Auswärtsrotation desselben bei Erhaltensein der Reflexe (wesshalb die Diagnose Kinderlähmung ausgeschlossen werden konnte); beim zweiten Falle, einem 17jährigen Manne, bestanden schwere trophische und sensible Störungen der beiden unteren Extremitäten, besonders links (Demonstration von Photographien). Von diesen kongenitalen, bezw. in sehr früher Jugend auftretenden sekundären Störungen bei Spina bifida occulta trennt K. die zur Zeit des größten Körperwachsthums zur Beobachtung kommenden. So bestand bei dem jungen Manne seit dem 11. Lebensjahre zuerst leichtes Harnträufeln, seit dem 15. Lebensjahre ging dem Pat. der ganze Urin spontan ab; eben so konnte er Stuhl bei Diarrhöen oder bei psychischen Aufregungen nicht halten. K. führt dieses späte Auftreten sekundärer Störungen auf den Zug eines zwischen Haut und Rückenmark (an der Stelle der Wirbel-

spalte) befindlichen Stranges, der in den bisher secirten Fällen beobachtet wurde, zurück und hat den Pat. durch Exstirpation dieses Stranges und Abpräpariren desselben von der Dura mater von seiner Incontinentia urinae et alvi völlig geheilt. (Selbstbericht.)

---

34) **Kocher** (Bern). Ein zweites Tausend Kropfexcisionen.

Nicht bloß maligne und bedrohliche Athembeschwerden bedingende Kröpfe fallen noch zur Stunde unbedingt der operativen Behandlung zu, sondern auch eine große Anzahl von Kolloidkröpfen werden ganz unnütz mit Jodpräparaten behandelt, nämlich alle die cystischen und diejenigen Kolloidknoten, welche schon stärkere regressive Metarmorphosen eingegangen sind.

Die Kropfoperation hat sich auch für dieses zweite Tausend als eine selbst in ganz schwierigen Fällen ungefährliche Operation bewährt. Dass von 27 malignen Strumen aus dieser Zahl 6 gestorben sind, hat seine Erklärung darin, dass hier oft schwere andere Eingriffe, wie Resektion der Trachea, des Ösophagus etc., gleichzeitig ausgeführt werden müssen. Auch die bei Basedow'scher Erkrankung unter 24 Fällen vorgekommenen Todesfälle haben ihren Grund nicht in der Operation als solcher, eben so wenig die 2 Todesfälle unter 20 Excisionen wegen Strumitis.

Von 929 gutartigen Strumen sind bloß 4 gestorben, und zwar gehört einer der Todesfälle in so fern nicht hierher, als die Jaboulay'sche Exothyreopexie gemacht wurde. Unter den 3 Todesfällen, also nicht einmal einer auf 300 Operationen, ist einer durch eine gegen Vorschrift ausgeführte energische Sublimatdesinfektion verschuldet, einer hätte durch rechtzeitige Deutung der Folgen (der Fall wurde nicht von mir nachbehandelt) verhütet werden können, da Pat. an akuter Cachexia thyreopriva starb, und ein Fall war ein Chloroformexitus bei einem beschränkten Individuum, dessen unbändige Aufführung gegen Übung zu Allgemeinnarkose nöthigte. Es ist also an vermeidbaren Folgen der Operation kein einziger Pat. gestorben.

Die Operationsmethode, welche wir für die bewährteste halten müssen, ist unsere Methode der halbseitigen Excision, wie sie in der 4. Auflage unserer Operationslehre sammt einigen neueren Instrumenten, welche sich uns besonders nützlich erwiesen haben, beschrieben werden wird.

Sehr wesentlich halten wir für die Erzielung sicherer Resultate die Anwendung reiner Asepsis ohne Anwendung irgend eines Desinficiens, so wie die Vermeidung der Allgemeinnarkose durch Cocainanästhesie.

Eine der schwierigsten Formen von Strumen, welche an die Technik die allergrößten Anforderungen stellt, ist die Struma intrathoracica. Die Fälle dieser Kategorie sind entfernt nicht alle

gleichwerthig, und es ist am besten, zunächst bloß von Struma profunda in allen denjenigen Fällen zu sprechen, bei welchen ein Theil des Kropfes in die Tiefe, d. h. in die obere Thoraxapertur hineingewachsen ist. Diese Struma profunda kann eine partialis und eine totalis sein, d. h. es ist noch ein kleinerer oder größerer Theil am Halse fühlbar oder nicht. Im letzteren Falle hat man es mit einer Struma occulta zu thun, welche der Diagnose oft jahrelang entgeht.

Es ist sehr nothwendig, mit diesen Fällen von Struma occulta sich vertraut zu machen, da die Pat. oft absolut keine Ahnung von der Natur ihres Leidens haben und von den Ärzten als Asthmatiker behandelt werden, weil ihre Athembeschwerden recht oft anfallsweise auftreten. Dies geschieht ganz besonders dann, wenn es in Folge der Struma zu Emphysem und Retentionsbronchitis gekommen ist, vollends wenn das Lungenleiden Veränderungen am Herzen, wie sie bei Emphysem bekannt sind, zur Folge gehabt hat durch Stauung, wenn es zur Entwicklung von »Kropflungen« oder eines »Kropfherzens« gekommen ist.

Außer der pulmonalen und kardialen Form der Struma occulta giebt es noch eine mediastinale Form, wo die Stauungserscheinungen im Gebiete der großen Venen wie bei einem Mediastinaltumor in den Vordergrund treten, und dadurch das Bild Basedow'scher Krankheit oder eines Pseudobasedow zu Stande kommen kann mit Vortreten der Bulbi. Am leichtesten der Diagnose noch zugänglich ist die tracheale Form der Struma occulta, wo tracheostenotische Erscheinungen das Symptomenbild beherrschen.

Wir bezeichnen alle diejenigen Strumen als intrathroracische, wo der Haupttheil der Struma im Bereiche des Thorax liegt. Da ist nun noch eine sehr wichtige Unterscheidung zu machen zwischen beweglichen und unbeweglichen Formen. Selbst wo man am Halse gar nichts, ja eine Einsenkung sieht, wie wir noch letzthin einen Fall vorgestellt haben in der Klinik, ist der Pat. oft im Stande, durch kräftige Exspirationsbewegungen, Husten, Räuspern die Geschwulst an den Hals heraufzubefördern, und zwar gelegentlich erstaunlich große Knoten.

Diese Struma intrathoracica mobilis macht der Operation erheblich weniger Schwierigkeiten als die immobilis oder fixa. Letztere ist bloß durch die Perkussion und die Röntgenuntersuchung völlig sicher zu stellen. Die Perkussion ergiebt eine Dämpfung auf dem Manubrium sterni und unter der Clavicula, das Röntgenbild einen Schatten, bei dessen genauer Betrachtung auf dem Schirme man gelegentlich die wichtige Thatsache feststellen kann, dass der Rand bei der Athmung sich verschiebt.

Sonst giebt es für die Diagnose der Struma intrathoracica noch eine Anzahl sehr werthvoller Anhaltspunkte, für deren ausführliche Mittheilung wir auf die Originalarbeit verweisen: Die Hochgradigkeit der Dyspnoë, die unerklärlich starke Verschiebung der Trachea

nach einer Seite, die tiefe Resistenz im Jugulum, öfter mit Pulsation, die Zeichen von Recurrens- und Sympathicuslähmung gehören zu diesen Zeichen.

Bezüglich der Technik der Operation einer Struma intrathoracica verweisen wir ebenfalls auf die Originalmittheilung. Wie werthvoll es ist, sich an eine bestimmte, durch Erfahrung ausgebildete Technik in diesen verantwortungsvollen Fällen zu halten, mag damit illustrirt werden, dass wir unter den 22 Fällen von Struma intrathoracica, welche wir bei dem zweiten Tausend zur Operation bekamen, keinen einzigen Todesfall erlebten, obschon plötzliche Blutungen und Erstickungsnoth die Lage öfter kritisch gestalteten.

Trotz aller Verbesserungen der Technik und ihrer Erfolge dürfen wir in den Bestrebungen nicht aufhören, prophylaktisch und medikamentös die Entwicklung der Kröpfe zu beeinflussen.

Mein Sohn, Dr. Albert Kocher, hat sich seit längerer Zeit unter gütiger Mitwirkung der Herren Prof. Heffter und seiner Assistenten Dr. Bürgi, Keto und Feuerstein damit beschäftigt, die Wirkung der Phosphorbehandlung bei Kröpfen zu studiren, nachdem Trechewsky in einer in dem Laboratorium meiner Klinik durchgeführten, aber nicht veröffentlichten Arbeit auf den Nutzen der Verabfolgung von phosphorsaurem Natron bei der Basedow'schen Krankheit aufmerksam gemacht hat.

Diese Untersuchungen haben eine Reihe von bemerkenswerthen Resultaten zu Tage gefördert, welche wir hier nur ganz kurz andeuten können, auf ausführliche Mittheilung hinweisend. Es hat sich herausgestellt, dass zwischen dem Gehalte der Schilddrüse an Jod und an Phosphor ein gewisses Wechselverhältnis besteht. Wenn das Jod zunimmt, so nimmt der Phosphorgehalt ab und umgekehrt. Aber als eine noch viel wichtigere Thatsache konnte festgestellt werden, dass man durch Phosphorzufuhr im Stande ist, den Jodgehalt der Schilddrüse zu vermehren, man vermag die Schilddrüse mit Jod anzureichern.

Dies ist am auffälligsten in den Fällen, wo der Jodgehalt am bedeutendsten gesunken ist, wie es bei Strumen in der Gravidität und bei Basedow'scher Krankheit am ausgesprochensten gefunden wurde, in geringem Maße bei gewöhnlichen Kolloidstrumen, mehr bei stark degenerirten Kolloidknoten.

In diesen Fällen gelingt es, durch Phosphorzufuhr eine ganz hochgradige Steigerung des Jodgehaltes der Schilddrüse herbeizuführen, mehr als dies durch Jodtherapie geschieht. Da gleichzeitig eine gewisse, hier und da erhebliche Verkleinerung der Schilddrüse eintritt mit Zunahme der Konsistenz, so ist zweifellos, dass der Phosphor die Funktion des Drüsengewebes erklecklich beeinflusst, und zwar im Sinne einer verbesserten Thätigkeit, wenn wir — wie seit Baumann's schöner Entdeckung und Roos' Nachweisen jetzt angenommen wird — in dem Jodgehalte der Schilddrüse einen Maßstab besitzen für die Beurtheilung ihrer Funktionstüchtigkeit.

Es muss demnach angenommen werden, dass auch bei Basedow verwandten Zuständen, wie bei gewöhnlichem Kropfe eine verminderte Thätigkeit der Schilddrüse, eine Hypothyreosis, vorliegt, freilich in sehr anderer Weise, und nicht eine Hyperthyreosis, wie man es gewöhnlich auffasst. Aber während sich bei Kropf die vollständig verarbeiteten Produkte in der Schilddrüse ansammeln und ablagern, scheinen dieselben in der Basedow'schen Krankheit gemäß den abnormen Cirkulationsverhältnissen in die Cirkulation rasch übergeführt zu werden.

Wir verweisen für nähere Ausführung und Begründung theoretischer Punkte auf die ausführlichere Mittheilung und heben hier bloß noch hervor, dass es der Phosphor selber, in Form von Tabletten verabfolgt, ist, welcher am wirksamsten sich erweist, wirksamer als die phosphorsauren Salze, welche zum Theil unverändert ausgeschieden werden. Die Behandlung ist ähnlich der bei Rachitis durchgeführten.

Dass bei der nachgewiesenen Bedeutung der Phosphorzufuhr für die Funktion der Schilddrüse in kranken Zuständen es gestattet ist, auf die Wichtigkeit der Ernährungsweise zur Verhütung sowohl als Behandlung des Kropfes und der Schilddrüsenerkrankungen überhaupt hinzuweisen, haben wir in der Originalmittheilung kurz begründet. (Selbstbericht).

---

35) **Kraske** (Freiburg i/B.). Strumaoperationen.

K. berichtet über die in der Freiburger chirurgischen Klinik ausgeführten Strumaoperationen. Unter etwas mehr als 400 Exstirpationen gutartiger Kröpfe (200 Schilddrüsenexstirpationen, die übrigen Enukleationen) sah er 2 Todesfälle, d. h. etwas weniger als $^1/_2$%.

Im Anschlusse an diesen Bericht spricht er sich über den Werth der nicht operativen Kropfbehandlung, insbesondere der Schilddrüsenbehandlung aus. Er ist der Ansicht, dass die Schilddrüsenbehandlung, mit der immer noch ein großer Missbrauch getrieben werde, am besten ganz aufgegeben werde, und zwar aus folgenden Gründen:

1) Die Darreichung von Schilddrüsen oder von Schilddrüsenpräparaten ist nicht ungefährlich. K. hat die schwersten Allgemeinstörungen namentlich der Herzthätigkeit gesehen. Den einen von seinen Todesfällen nach der leichten, allerdings in Narkose ausgeführten Operation einer einfachen Struma führt er im Wesentlichen auf die vorausgegangene länger dauernde Schilddrüsenbehandlung zurück. Er hat auch Kenntnis von einem Todesfalle erhalten, der bei einem strumakranken Mädchen auf Darreichung von Schilddrüsentabletten auftrat.

2) Die Schilddrüsenbehandlung ist von keinerlei Einfluss auf die Rückbildung der Kröpfe, wenigstens bei der Form, die die gewöhnliche ist und bei der der Kropf als Knotenbildung auftritt. Wenn bei einem kropfkranken Menschen auf Schilddrüsenbehandlung eine



Verkleinerung der Geschwulst eintritt, so ist es nicht der kranke Theil der Schilddrüse, d. h. der Kropfknoten, der atrophirt, sondern das noch gesunde, funktionirende Schilddrüsengewebe. Alles andere wird atrophisch, nur der Kropf nicht. Hätte die Schilddrüsentherapie beim Kropfe wirklich einen Heilwerth, so müsste das in einem Seltenerwerden der Kropfoperationen seinen Ausdruck finden. Die Kropfoperationen sind aber nicht seltener geworden, sondern überall häufiger.

3) Die vorausgegangene Schilddrüsenbehandlung erleichtert im Allgemeinen die folgende Operation nicht, wie vielfach angegeben wird, sondern erschwert sie eher. Die auf die Schilddrüsendarreichung rasch eintretende Atrophie der funktionirenden Drüsenzellen muss eine reaktive Bindegewebsentwicklung zur Folge haben, die zu einer festeren Verwachsung mit der Umgebung führt und die Ausschälung sowohl der einzelnen Knoten als auch der Drüsen aus ihrer Kapsel erschwert.

Die Schilddrüsenbehandlung der Kröpfe ist darum als nutzlos und schädlich zu verwerfen. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Goldmann (Freiburg) theilt folgenden Fall mit:

Ein 64jähriger Steinhauer suchte seine Hilfe wegen einer am rechten Sternalrande befindlichen, in der Höhe des 2. Interkostalraumes sitzenden tuberkulösen Fistel auf. Die Annahme, dass dieselbe durch eine Caries sterni veranlasst sei, wurde durch die bestimmte Angabe des Pat., die Fistel sei mit der Rückbildung einer großen, an der linken Halsseite gelegenen Struma entstanden, zweifelhaft gemacht. Keinerlei Kompressionserscheinungen. Durch die Entfernung des Manubrium sterni wurde eine große substernale Eiterhöhle frei gelegt, die zur sekundären Vereiterung des linken Sterno-claviculargelenkes geführt hatte und sich in eine ähnliche, an der linken Halsseite befindlichen Höhle fortsetzte. Die Wände der Höhle waren starr und ihre Innenwand mit einer kontinuirlichen Schicht von Kalkplatten überzogen. Es musste daher die Exstirpation des Sackes vorgenommen werden. Hierbei machte nur die Loslösung des Sackes von der linken Vena anonyma Schwierigkeiten. Wundheilung ungestört. Die mikroskopische Untersuchung der Sackwand ergab, dass eine tuberkulöse Strumitis intrathoracica vorgelegen hat. In den Käseherden sind Tuberkelbacillen reichlich nachgewiesen worden.

Pat. ist später einer Bronchopneumonie erlegen. Die Autopsie deckte alte vernarbte Herde, an der Lungenspitze vereinzelte, verkäste Mediastinaldrüsen und vernarbte tuberkulöse Darmgeschwüre auf. (Selbstbericht.)

Riedel (Jena) hat ca. 500 Strumen operirt. Er betont die Häufigkeit intrathoracischer Strumen in Thüringen. Dieselben saßen

merkwürdigerweise fast immer links, subclavicular oder subkostal, seltener substernal.

R. bevorzugt bei der Operation einen bogenförmigen Schnitt, der bis dicht an das Ohr gehen muss, vor dem geraden Kravattenschnitt Kocher's. Wichtig ist die Venenversorgung, speciell die der Vena thyreoidea ima; erst hiernach erfolgt die Mobilisirung des tiefen Kropfes. Das Chloroform hat R. bei seinen Kropfoperationen jetzt ebenfalls aufgegeben.

Rehn (Frankfurt) erwidert Riedel, dass Kocher nur von wirklich intrathoracischen Strumen geredet hatte. Er selbst beobachtete einen solchen Fall bei einer Frau mit Hämoptoe und dilatirten Hautvenen. R. gab zunächst innerlich Jodpräparate, worauf alle Beschwerden zurückgingen, aber die Struma nach oben kam und sicht- und fühlbar wurde.

König (Berlin) will feststellen, dass es doch auch im Flachlande noch Kröpfe giebt, selbst in Berlin, wo K. allein etwa 70—80 Fälle operirt hat. Die Hälfte hiervon betrafen geborene Berliner. Bei allgemeinem Kropfe lässt K. die eine Hälfte ganz, die andere zur Hälfte zurück. Die Beschwerden hören dann auf, und man erlebt keine Ausfallserscheinungen, von denen K. außer 1mal Tetanie nichts bei seinen Operirten gesehen hat. Unter K.'s Fällen befanden sich übrigens relativ viel substernale und subclaviculare Strumen.

Kocher (Bern) erwidert König, dass $^1/_4$ zurückgelassener Kropf genügt, um jede Ausfallserscheinung zu verhindern. K. macht übrigens selbst fast immer nur die einseitige Operation, die vollkommen ausreicht. Nur aus kosmetischen Gründen entschließt sich K. bisweilen zur Enukleation. **Jaffé** (Hamburg).

---

36) **Werckmeister** (Zittau). Zur Kehlkopfexstirpation.

Nach kurzem Eingehen auf die neuere Litteratur, insbesondere die letzte Arbeit von Sedziak mit 267 Totalexstirpationen des Kehlkopfes wegen Carcinom, von denen 36 Fälle (13,4%) definitiv geheilt waren, 94 (35,2%) starben, 81 (30,3%) recidivirten und der Rest bezüglich des Endresultates unbekannt oder unsicher ist, berichtet W. über einen von ihm operirten und der Versammlung vorgestellten Fall von Larynxcarcinom, der seit fast 2 Jahren recidivfrei ist.

Krankengeschichte: Die 35jährige Pat., Kutscherfrau, stammt aus carcinomfreier Familie, ist sonst nicht krank gewesen, als dass sie schon seit 14 Jahren — von der Operation zurück gerechnet — heiser war. Seit $^3/_4$ Jahr war sie kurzathmig, schob aber das auf ihre etwa um dieselbe Zeit eingetretene Schwangerschaft. Die Kurzathmigkeit nahm fortwährend zu und wurde seit der am 16. Juni 1899 erfolgten Entbindung so hochgradig, dass die Pat. schließlich nur noch mit Mühe, im Bette aufrecht sitzend, athmen konnte und

sich dann entschloss, einen Arzt zu Rathe zu ziehen. Herr Dr. Bischoff, Specialarzt für Hals- etc. Krankheiten, stellte laryngoskopisch eine den Larynx fast gänzlich ausfüllende unebene Geschwulst fest und verwies die Kranke zur sofortigen Operation in W.'s Anstalt. Die abgemagerte, tief cyanotische Kranke, die alle Zeichen hochgradigster Dyspnoë bot, wurde gleich nach der Aufnahme, am 21. Juli 1899, in Narkose tracheotomirt. Da die Ausführung der Tracheotomia inferior durch eine zwar mäßig große, aber in der Nähe der oberen Thoraxapertur sitzende Struma erschwert gewesen wäre, so wurden nach Abwärtsschieben der Struma der 4.—7. Trachealknorpel eingeschnitten. In den nächsten 8 Tagen erholte sich die Kranke durch den Fortfall des Athmungshindernisses und unter dem Einflusse kräftigender Ernährung. Am 28. Juli wurde in Narkose der Kehlkopf in typischer Weise mit einem T-Schnitt exstirpirt und auch die Epiglottis entfernt, wegen der großen Ausdehnung des Carcinoms, und weil nach Ausweis der Litteratur Recidive auf der zurückgelassenen Epiglottis vorgekommen waren. Der Ösophagus wurde vernäht, die Trachea in den unteren Wundwinkel eingenäht und durch Bildung der bekannten Hautbrücke von der übrigen Wunde nach Möglichkeit isolirt. Aber sowohl die letztere wie die den Ösophagus schließende Naht versagte. Nachbehandlung: Erhöhung des unteren Bettendes in der jetzt bei Laparotomien vielfach geübten Weise, Ernährung per rectum in den ersten Wochen, dann mittels durch den Mund — nicht durch die Wunde — eingeführten Schlundrohres, mehrmals tägliche Erneuerung der lockeren Tamponade der Wunde nach vorhergehender reichlicher Borsäureeinpuderung. Der durch Tiefertreten der Trachea vergrößerte, schließlich 7 cm lange Defekt wurde in zwei Sitzungen, am 15. August und 7. September, geschlossen — siehe darüber weiter unten —, da mit Sicherheit vorherzusehen war, dass der Versuch, den Verschluss in einer Sitzung auszuführen, misslingen würde; es stellte sich nur eine feine Fistel nach der zweiten Sitzung ein, die sich nach 7 Tagen wieder schloss. Die Kranke wurde am 28. September entlassen. Zwei üble Zwischenfälle ereigneten sich weiterhin: Etwa 5 Monate nach der Entlassung hatte sich, während die Schwester die Kanüle reinigte, in einer Zeit von höchstens 8 Minuten, die Trachealmündung derartig verengt, dass die Kranke erstickt wäre, wenn nicht W., zum Glücke in der Klinik anwesend, schleunigst herbeigerufen worden wäre und die Einmündungsstelle der Trachea mit dem Trousseau erweitert hätte. Ein anderes Mal hatte die mit sich sehr harte Kranke, als sie die Kanüle aus Bequemlichkeit unter Belassung in der Trachea reinigte, ein reichlich 8 cm langes Stück einer starken Gänsefeder abgebrochen; obgleich die Kranke erst am nächsten Tage kam und die Feder mit einiger Mühe aus der Tiefe herausbefördert werden musste, war auch dieser Zwischenfall mit der Entfernung des Corpus delicti erledigt. — Die Kranke versieht nicht nur ihren Haushalt, sondern verdient noch den Unterhalt für sich und ihre 4 Kinder im Wesentlichen

allein; sie fühlt sich völlig wohl, Anzeichen eines Recidivs sind nicht vorhanden; die Sprache ist eine jedem Bekannten, dem Fremden aber nur bei gewöhnlichen Redewendungen verständliche Flüstersprache.

Die von Herrn Dr. Römer, Assistenten am Breslauer pathologischen Institute, ausgeführte mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein die Larynxwand bis zu dem Schildknorpel hin diffus infiltrirendes typisches Plattencarcinom handelte, das wahrscheinlich von den wahren Stimmbändern ausging.

W. wiederholt den schon früher gemachten und im John Hopkin's Hospitale zu Baltimore Ma. principiell befolgten Vorschlag, ein Messer, das Carcinomgewebe berührt hat, nicht bei der Trennung gesunder Gewebe zu benutzen, es sei denn, das Messer wurde inzwischen sterilisirt. W. empfiehlt weiter zur Vermeidung von Mediastinitis und Bronchopneumonie das Hochstellen des unteren Bettendes nach Kehlkopfexstirpationen, ferner, bei dem plastischen Verschlusse von Ösophagusdefekten in der von ihm geübten Weise zu verfahren, dass die Vereinigung in 3 Etagen erfolgt: zunächst die Schleimhaut, dann die mittlerweile retrahirten und daher erst wieder vorzuziehenden Weichtheile, nämlich Muskeln und Fascien, und endlich die Haut, und wenn diese fehlt, durch Bildung und Ineinanderschieben von Hautlappen Ersatz zu schaffen; auch nach dieser Nachoperation hat W. zur Einschränkung von Schluckbewegungen Ernährung per rectum angewandt. (Selbstbericht.)

---

37) **L. Heidenhain** (Worms). Lungenresektion wegen ausgedehnter eiternder Bronchektasien.

Bei dem 42jährigen Kranken ist durch eine ausgedehnte Resektion wegen multipler bronchektatischer Abscesse im linken Unterlappen eine eigenartige und bemerkenswerthe Besserung erzielt worden. Entfernt wurde der ganze oder fast der ganze linke Unterlappen. Der Kranke ist des weiteren dadurch interessant, dass sich in der Wand der einen bronchiektatischen Kaverne ein kleinhaselnussgroßer Carcinomknoten fand, und dass bisher — die Operation erfolgte am 15 Oktober 1900 — kein Recidiv eingetreten ist[1]. Der Kranke, makro- und mikroskopische Präparate waren zur Stelle. Der Pat. gelangte im Wormser städtischen Krankenhause zur Aufnahme mit einer vollkommenen Verdichtung der linken Lunge und einem kleinen Empyem in der linken Seitenfläche. Es erwies sich, dass dieses die Folge war des Durchbruches eines Lungenabscesses in die Pleura. Nach breiter Eröffnung der Zerfallshöhle in der Lunge öffnete sich im Laufe von Wochen eine eiternde bronchiektatische Höhle nach der anderen nach außen. Es zeigte sich, dass der linke Unterlappen

[1] Anmerkung bei Absendung des Referates: Der Kranke ist 4 Wochen nach der Vorstellung in Berlin in der Heimath gestorben. Todesursache nicht bekannt.



vollkommen verdichtet und von eiternden Bronchiektasien und bronchiektatischen Abscessen in Menge durchsetzt war. Der linke Oberlappen war ebenfalls verdichtet, doch an der Eiterung nicht betheiligt, die rechte Lunge gesund. Demnach versprach Resektion des eiternden linken Unterlappens Besserung oder Heilung eines unheilbaren Zustandes und wurde ausgeführt nach ausgiebiger Resektion der Brustwand. Die Blutung war stark und musste durch liegenbleibende Klemmen gestillt werden. Die Vernarbung der großen Höhle wurde dadurch ermöglicht, dass hier und da an den Wandungen Restchen von Lungengewebe stehen geblieben waren, namentlich auf dem Perikard und auf der Zwerchfellfläche. Die Bronchien und Bronchiolen dieser Lungenrestchen wurden gespalten und lieferten die Schleimhaut zur Auskleidung der großen Höhle.

Die Höhle ist jetzt vollkommen ausgekleidet mit Bronchialschleimhaut. Das Epithel derselben ist zum größten Theile durch Metaplasie in Plattenepithel umgewandelt. Verhornung ist jedoch nicht eingetreten. Die gewaltige Lungenfistel secernirt ziemlich reichlich ein schleimig-eiteriges Sekret, welches zum größten Theile den eröffneten Bronchien entstammt. Ein- bis zweimal täglich muss desshalb eine einfache Reinigung stattfinden. Die rechte Lunge ist gesund. Das Ergebnis ist eine Besserung, welche den Vergleich mit einer Kolotomie z. B. wohl aushalten kann. (Selbstbericht.)

Diskussion.

R. Goepel (Leipzig). Redner möchte in aller Kürze über einen Fall berichten, bei welchem es ebenfalls zur Überhäutung einer ausgedehnten Lungenwunde von dem Epithel der Bronchien aus gekommen ist. Der Fall betraf eine 40jährige Pat. mit Carcinoma mammae, welches dadurch sehr frühzeitig die Brustwand ergriffen hatte, dass die Haut in Folge einer in der Jugend überstandenen Rippencaries fest auf die Rippen fixirt war. Eine radikale Beseitigung des Tumors war nur durch eine ausgedehnte Resektion der Thoraxwand mit den bedeckenden Weichtheilen in über Handtellergröße möglich. Da sich bei der Operation die Lunge an der Stelle des Tumors mit der Hinterfläche der Thoraxwand verwachsen zeigte, konnte die Lunge nicht, wie beabsichtigt, in den Thoraxdefekt eingenäht werden, sondern wurde eine ca. fingerdicke Schicht von der Lunge abgetragen und der Rand der Lungenwunde längs des Randes der Thoraxöffnung fixirt. Die Resorption des bei der Operation entstandenen Pneumothorax fand ziemlich schnell statt. Dagegen bildete sich nur langsam eine gesunde Granulationsfläche auf der Lungenwunde aus, welche siebförmig durchbrochen war durch die zahlreichen Öffnungen der feinsten bis mittleren Bronchien.

Die Frage, in welcher Weise die ausgedehnte Granulationsfläche mit Haut zu decken sei, fand ihre Beantwortung dadurch, dass sich in einem kurzen Zeitraume die ganze Wundfläche mit einem zarten Epithel überkleidete. Dass es sich hierbei nur um eine Über-

häutung, ausgehend von dem Epithel der Bronchien, handeln konnte, ging daraus hervor, dass die Epithelfläche, welche die Lungenwunde bedeckte, durch einen cirkulären granulirenden Streifen getrennt war von dem von den Rändern der Hautwunde aus sich vorschiebenden Epithelsaume. Mit der Zeit sind die meisten Bronchialöffnungen obliterirt und nur einige wenige erhalten geblieben, welche den größeren durchtrennten Ästen des Bronchialbaumes entsprechen, und durch welche die Luft beim Athmen noch heute aus- und einströmt. Die Operation fand vor $1^1/_2$ Jahre statt.

Die Neigung der Lungenwunden zu spontaner Überhäutung erscheint geeignet, die Lungenchirurgie wesentlich zu fördern.

(Selbstbericht.)

---

38) **H. Sarfert** (Berlin). Über die operative Behandlung der Lungenschwindsucht.

In Deutschland allein stirbt ca. eine Viertelmillion Menschen an Tuberkulose der Lunge, eine noch offene Frage ist es, ob sie in der Abnahme oder nicht vielmehr in der Zunahme begriffen ist (Rahts).

Auffällig ist, dass zu ihrer Heilung verhältnismäßig nur selten zu operativen Eingriffen geschritten wird. Die Schwierigkeit der Feststellung des Grades der Erkrankung und der Indikationsstellung, so wie die Virchow'sche Auffassung der Malignität der Tuberkulose bilden wohl die Hauptursachen.

Für die Anfangsstadien kommt Sanatoriumbehandlung in Frage, vorgeschrittene Fälle mit Höhlenbildungen machen deren Elimination durch operative Eingriffe wünschenswerth. Diese Höhlen (Kavernen) sind der Hauptsitz der Erkrankung; von ihnen aus erfolgt, in Folge Mischinfektion, die Intoxikation des Organismus durch Resorption von Zersetzungsprodukten und Weiterverbreitung (Infektion) auf bisher gesunde Organe. Auch sog. »gereinigte« Kavernen haben schmierig-käsig belegte Wände, in denen Bakterien fortdauernd vegetiren; in ihnen verlaufen aneurysmatisch erweiterte Gefäße, an den Wänden thrombosirte Gefäßstümpfe, durch ihre Ruptur und Ergießung von Blut andere Theile der Lunge inficirend.

Die bisher durch Operation erzielten Erfolge sind wenig ermuthigend. Die »Desinfektion« nach Mosler-Hüter u. A. schadete mehr, als sie genutzt, kleine Drainageöffnungen verschafften den Sekreten keinen Abfluss, erschwerten andererseits, in Folge Ausstreichens von Luft neben der künstlichen Öffnung, die natürliche Expektoration.

Später, in der aseptischen Ära, ausgeführte operative Eingriffe scheiterten daran, dass man, weil zu hoch operirt (1. Rippe), den Hauptsitz der Erkrankung, die Kaverne, nicht fand, in anderen, an zu tiefer Stelle, einen Pyopneumathorax schuf, außerdem auch die andere nicht operirte Lunge bei der Sekretion hochgradig erkrankt gefunden wurde.

S. hat sich nach Vornahme hundertfältiger Untersuchungen an unsecirten Leichen von Phthisikern (Resektion von Schlüsselbein, Rippen, Brustbein etc.) überzeugt, dass Verwachsungen der Pleurablätter bei derartigen chronischen Fällen, an der Spitze bis herab zur 3. Rippe und noch tiefer, immer vorhanden sind, dass man also künstlich keine zu schaffen braucht, auch gar nicht schaffen kann (vgl. Billroth). Nach Resektion der 2. Rippe in großer Ausdehnung vom Sternalansatze bis zur Achselhöhle kann man sich die ganze Lungenspitze mitsammt den Schwarten stumpf ausschälen, die Kaverne durch Palpation bestimmen und dann »extrapleural« spalten und tamponiren — ohne einen Pneumothorax befürchten zu müssen, da ja eine Pleurahöhle hier nicht mehr existirt.

Eine von S. in dieser Weise an einer Frau vorgenommene Operation (tuberkulöse Kaverne von Kleinfaustgröße) übte einen günstigen Einfluss in so fern, als Fieber und Hämoptysen verschwanden, die Lungenhöhle verödete und die Lungenspitze narbig schrumpfte.

Nach 6 Monate langem Wohlbefinden starb die Frau an einer akuten fibrinösen Pneumonie des linken Unterlappens — sie war rechts operirt.

Bei der Sektion zeigte sich die rechte Lungenspitze in derbschwartiges Bindegewebe umgewandelt, über die übrige Lunge nur wenige Tuberkelknoten verstreut, nirgends mehr Höhlenbildungen.

(Selbstbericht.)

---

39) **G. Gottstein** (Breslau). Die diagnostische Bedeutung der Probeexcision auf ösophagoskopischem Wege. (Mit Demonstration von Präparaten.)

G. führt aus, dass durch die Ösophagoskopie bedeutende Fortschritte in der Diagnostik der Erkrankungen der Speiseröhre erzielt worden sind, dass aber die klinische Untersuchung allein mitunter doch noch keinen sicheren Aufschluss giebt. Erst durch die Probeexcision und die nachfolgende mikroskopische Untersuchung kann die Diagnose auf einen exakten Boden gestellt werden. G. führt eine Anzahl Fälle an, wo Fehldiagnosen gemacht worden sind, die erst die Sektion klar stellte.

Die Probeexcision durch das Ösophagoskop ist in der Breslauer chirurgischen Klinik bis Anfang April 1901 47mal in 34 Fällen vorgenommen worden. In 28 Fällen fand sich Plattenepithelcarcinom, in 3 Fällen Drüsenkrebs, in 1 Falle Medullarcarcinom, in 1 Falle konnte mikroskopisch die Diagnose eines Ulcus pepticum bestätigt werden, in 1 Falle konnten Aktinomycesdrüsen nachgewiesen werden. Die diagnostische Probeexcision ist nach den bisherigen Erfahrungen gefahrlos und verursacht dem Pat. keine Beschwerden; die Blutung nach der Excision ist im Allgemeinen gering. Die Probeexcision ist nicht schwierig auszuführen, jedenfalls viel leichter als endolaryngeale Eingriffe. Mitunter sind mehrfache Excisionen nothwendig,

um die Diagnose sicher zu stellen. Excisionen sind bisher nur bei ulcerirten Processen vorgenommen worden. In manchen Fällen wird durch die Probeexcision den Pat. eine bedeutende Erleichterung ihrer Beschwerden geschafft, weil oft schon nach Entfernung von nur kleinen Gewebstheilchen die Passage in den Magen wieder frei werden kann.

Demonstration von Zangen zur Probeexcision, so wie von mikroskopisch entfernten Gewebstheilchen und mikroskopischen Präparaten.

Im Anschlusse daran Demonstration eines von G. konstruirten ösophagoskopischen Phantoms mit Moulagen von normalen und pathologischen ösophagoskopischen Bildern, nach dem Leben angefertigt von Dr. Paul Berliner (Berlin). (Selbstbericht.)

---

40) v. Hacker. Zur operativen Behandlung der periösophagealen und mediastinalen Phlegmone.

Vortr. erörtert diese Frage an der Hand zweier eigener Beobachtungen. Im ersten Falle einer vom Halse ausgehenden periösophagealen ins obere Mediastinum absteigenden Phlegmone bei oberflächlicher Exulceration des Ösophagus ohne Perforation konnte durch die den Retrovisceralraum freilegenden beiderseitigen tiefen Halsincisionen mit Eröffnung und Drainage des Mediastinums der letale Ausgang des schwer septischen Processes nicht aufgehalten werden.

Wegen der Kürze der Zeit wird hauptsächlich der noch interessantere zweite Fall erörtert, der beweist, dass unter Umständen selbst eine nach nachweisbarer Perforation des Ösophagus im oberen Thoraxraum entstandene akute jauchige Phlegmone des Mediastinums durch ausgiebige Eröffnung vom Halse mit folgender Heberdrainage bei Trendelenburg'scher Lagerung zur Ausheilung gelangen kann. Es dürfte das wohl der erste Fall dieser Art sein.

Es handelte sich um eine 37jährige Frau, die nach Laugenverätzung eine impermeable Ösophagusstriktur (von 29,5 cm, von der Zahnreihe bis zum Zwerchfell reichend) davongetragen hatte. Im Oktober 1900 hatte sie v. H. in der Klinik gastrostomirt; danach war eine wesentliche Erholung und Gewichtszunahme eingetreten. Bevor die beabsichtigte »Sondirung ohne Ende« begonnen worden war, drang sie auf ihre Entlassung, angeblich wegen schwerer Erkrankung ihres Mannes, und reiste nach Hause, nach Südtirol. Es war ihr eingeschärft worden, sich nicht bougiren zu lassen, das Drain in der Fistel zu belassen und nach etwa 1—2 Monaten in die Klinik zurückzukehren. Flüssiges konnte sie jetzt bereits vom Munde her nehmen. Nach 2 Monaten kam die Pat. in desolatem Zustande in die Klinik zurück. Sie hatte sich, obwohl ihr die möglichen Folgen vor Augen gehalten worden waren, dennoch

sofort zu Hause sondiren lassen. Als dies nach einiger Zeit ziemlich gelang und sie mehr Nahrung vom Munde nehmen konnte, hatte sie den Arzt bestimmt, das Rohr aus der Magenfistel zu entfernen, die jetzt seit einem Monate völlig vernarbt war. Bei der letzten Sondirung vor 3 Tagen (7. Februar 1901) traten sofort heftige Schmerzen hinter dem Sternum und um den Thorax herum auf, so dass die Frau mittels Wagen nach Hause befördert werden musste; am nächsten Tage stellten sich Athembeschwerden und ein Beklemmungsgefühl auf der Brust ein. Bei der am 10. Februar aufgenommenen Pat., die einen sehr leidenden Eindruck machte, fiel zunächst ein fast kontinuirlicher quälender Husten mit Auswurf von schaumigem Sputum auf. Temp. 38,6, Puls 132. Die Sternalgegend schmerzhaft, auch auf Druck. Unter dem Jugulum eine nach abwärts im Bogen wie ein Collier sich begrenzende, bei Lagewechsel sich verändernde Dämpfung. Der Hals erscheint wie von innen her aufgetrieben, druckempfindlich, namentlich rechterseits, jedoch kein Emphysem, keine circumscripte Schwellung oder Fluktuation nachweisbar. Hinten links in der Höhe des IX. Proc. spin. seitlich von der Wirbelsäule eine umschriebene Dämpfung mit bronchialem Athmen. Die von der langen Reise ermattete Pat. wird ganz flach ins Bett gelagert und das Fußende desselben bedeutend erhöht. Am nächsten Morgen konnte in der rechten seitlichen unteren Halsgegend geringes Emphysemknistern nachgewiesen werden; diese Gegend war auffallend druckempfindlich; auch war Foetor ex ore wahrnehmbar. Die meisten anderen Symptome waren über Nacht gebessert worden. Der Hals war entschieden abgefallen, der Husten viel geringer, Temp. 37,3, Puls 102. Die Dämpfung unter dem Jugulum war kleiner. Hinten links unten nur Giemen und Rasseln hörbar.

Da demnach über die Diagnose: periösophageale und mediastinale Phlegmone nach Läsion oder Perforation des Ösophagus kein Zweifel war, wird die Frau sofort noch am Morgen des 11. Februar in Narkose operirt.

Erstens wird die Wiedereröffnung der Magenfistel vorgenommen; es gelingt erst nach einem Medianschnitt unter Leitung der noch adhärenten Magenpartie durch Einschneiden von außen in die Tiefe der ersten Operationsnarbe den in den Bauchdecken noch vorhandenen Kanal zu drainiren.

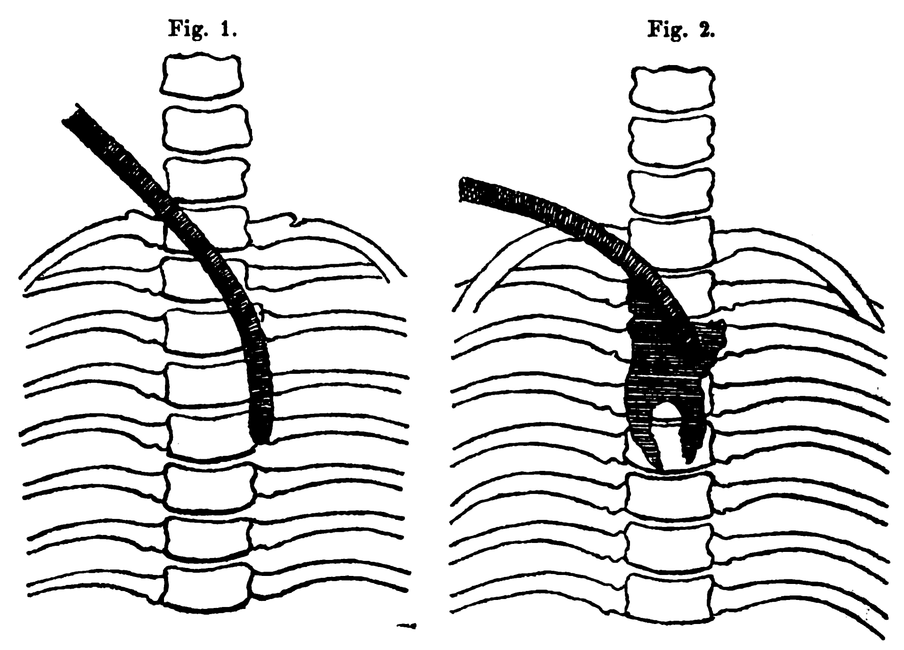
Zweitens wird die Eröffnung der Phlegmone vom Halse her vorgenommen.

Von einem Schnitte am Innenrande des rechten Kopfnickers wird zwischen Schilddrüse und den großen Gefäßen in die Tiefe gegen die Wirbelsäule, den Ösophagus und die Gegend der oberen Thoraxapertur vorgedrungen. In die letztere Richtung leitete ein deutliches Ödem des Zellgewebes. Plötzlich entströmte der Tiefe der Wunde unter einem pfeifenden Geräusche eine Menge Gas von aashaftem Geruche. Der gegen das Mediastinum vorsichtig vordringende Finger gelangte jetzt in eine Höhle, aus der sich etwa $^1/_4$ Liter

jauchiger Flüssigkeit entleerte. Der Finger tastete nach hinten die Wirbelsäule, nach vorn die Sternalwand. Die Höhle wurde mit Salicyllösung ausgespült, dann ein Drainrohr und ein Jodoformgazestreifen bis an den tiefsten Punkt (gut 10 cm unter das Jugulum) geleitet. Die Pat. wurde wieder wie vor der Operation im Bette gelagert, das Drain zur Heberdrainage in eine Wulff'sche Flasche geleitet. Schon am nächsten Morgen war die Pat. ganz munter (Temperatur 36,4), Schmerzen nur mehr in der Halswunde vorhanden. Die Dämpfung über dem Sternum war verschwunden, auch alle anderen Erscheinungen gingen zurück; vom 8. Tage an stieg die Temperatur nie mehr über 37,4, der Puls ging auf 80 und einige 70 zurück. Die Ausheilung erfolgte, nachdem über 2 Monate die Heberdrainage durchgeführt wurde (Anfangs im Bette, dann bei Tage mittels einer kleineren an der Taille getragenen Flasche). Die am 3. Tage nach der Operation nachgewiesene mit der Höhle kommunicirende Lücke im Ösophagus war nach 14 Tagen geschlossen.

Von Interesse dürfte für andere Fälle der hier durchgeführte Nachweis der Perforation des Ösophagus sein. Es wurde in der ganzen Länge der schief über die Wirbelsäule nach links abwärts einführbaren Sonde ein Gazestreifen bis an den tiefsten Punkt der Höhle geleitet, der mit einer 2%igen Lösung von Ferrocyankalium imprägnirt war. Nachdem die Pat. eine kleine Menge einer 2%igen Lösung von Ferrum citric. oxydat. verschluckt hatte, war der sofort herausgezogene Streifen in seinem unteren über $3^1/_2$ cm langen Stücke intensiv berlinerblau gefärbt. Bei Wiederholung fiel diese Perforations- oder Kommunikationsprobe am 14. Tage nach der Operation negativ aus. Dass die Perforation etwa 3 cm unter dem Jugulum liege (da der tiefste Punkt jetzt über $6^1/_2$ cm von diesem entfernt war), bestätigte auch eine mit einem ausgekochten ösophagoskopischen Tubus vorgenommene endoskopische Besichtigung der Höhle, bei der etwa in dieser Höhe an einer bei der Respiration sich verschiebenden eitrig belegten Platte eine deutliche Perforationsöffnung sichtbar war, während der Ösophagus als solcher nicht erkannt werden konnte. Da v. H. die Absicht hatte, im Falle einer Verschlimmerung und des Weitergreifens des Processes bei der Kranken sofort durch Eröffnung des Mediastinums vom Rücken her eine Gegenöffnung anzulegen, wurden zwei Radiogramme angefertigt, um sich 1) über die Lage des tiefsten Punktes der Eiterhöhle im Thorax und 2) darüber zu orientiren, ob diese Höhle leichter durch eine linksseitige oder rechtsseitige solche Operation zu ereichen wäre. Das eine Röntgenbild wurde am 3. Tage nach der Operation angefertigt, nachdem ein 10,5 mm dickes Drainrohr in die Tiefe der Höhle (über 6 cm vom Jugulum) eingeführt war (s. Fig. 1). Aus den gegebenen Größen: Abstand der Röhre von der Platte, dem wirklichen Durchmesser des Drains und dem Durchmesser des Bildes desselben auf der Platte konnte durch eine Proportion der Abstand des Rohres

von der Platte mit 9,7 cm berechnet werden. Diese Berechnung war für das unterste Ende des Drains gemacht worden, das am Röntgenbilde links von der Wirbelsäule bis zur 5. linken Rippe reichte. Da nach Leichenversuchen beim Weibe in der Rückenlage der vorderste Punkt der Wirbelsäule etwa 10 cm von der Unterlage entfernt ist, so musste das Ende des Drains thatsächlich ganz nahe der Wirbelsäule und zwar etwas nach links seitlich und zurück liegen. Es war danach voraussichtlich, dass das Ende der Abscesshöhle vom Rücken her etwa in der Höhe der 5. Rippe links von der Wirbelsäule durch die Operation erreichbar sei. Da in dieser Gegend auf der linken Seite die Operation durch die Aorta erschwert sein konnte, wurde am 14. Tage nach der Operation ein zweites Radiogramm angefertigt, nachdem die Höhle



Schema zum Röntgenbild I und II.

so weit als möglich mit Jodoformglycerin angefüllt war, hauptsächlich zu dem Zwecke, um festzustellen, ob die Eiterhöhle auch von der rechten Seite vom Rücken her gut erreichbar sei (s. Fig. 2). Das Bild zeigte die Höhle bereits geschrumpft, das Rohr hatte nur mehr bis zur 3. Rippe vorgeschoben werden können. Die bogenförmige Begrenzung der Höhle nach abwärts ist wohl durch.den wiederangelegten oder den hier noch nicht abgehobenen Ösophagus bedingt. Das Jodoformglycerin bedeckte nach dem Bilde die vordere Wand der Wirbelkörper ziemlich der ganzen Breite nach, so dass die Höhle wohl auch durch eine rechtsseitige Operation eröffenbar erschien.

Aus der Besprechung der Technik der Operation vom Halse her, die v. H. als Mediastinotomia collaris zu bezeichnen vorschlägt, sei nur erwähnt, dass in beiden Fällen die Eröffnung des retrovisceralen Raumes und des Mediastinums von dem gewöhnlichen Schnitt am vorderen Rande des Kopfnickers mit Eingehen zwischen Schilddrüse und Gefäßen gut gelang, während Heidenhain dazu einen Querschnitt und das Eindringen am lateralen Rande der Jugularis linkerseits und zwischen Jugularis und Carotis rechterseits empfiehlt. Behufs Eröffnung des Mediastinums vom Rücken her, die er als Mediastinotomia dorsalis bezeichnet, glaubt Vortr. nach Leichenversuchen und einer Erfahrung an der Lebenden (bei Caries vertebrarum), dass es in Fällen von Phlegmone nicht nöthig sei, einen Querfortsatz zu entfernen, wie dies Heidenhain vorschlägt, sondern zweckmäßiger sei, vom Gelenke zwischen Querfortsatz und Rippe nach auswärts entsprechend große Stücke von 1—3 Rippen zu entfernen.

Der erwähnte Fall, in dem es sich um eine thatsächliche Perforation des Brusttheiles der Speiseröhre handelte, schließt sich den zwei jüngsten Beobachtungen von Heidenhain und Rasumowski an, in denen bei Läsionen des Halstheiles des Ösophagus und einer vom Halse ins obere Mediastinum absteigenden Phlegmone durch die breite Eröffnung vom Halse her und die Drainage eine völlige Ausheilung erzielt wurde. Bei Hinzuzählung von v. H.'s erstem und dem von Ziembicki veröffentlichten Falle ergeben sich unter fünf in so gründlicher Weise operirten Fällen von akuter Mediastinalphlegmone 3 Heilungen. (Bei Lürmann und Obalinski ist nur von einer einfachen Incision der fluktuirenden Halsstelle die Rede.) Erfahrungen über die Erfolge der dorsalen Mediastinotomie bei akuter Phlegmone fehlen bisher noch völlig.

Nach diesen Beobachtungen kann der von Ziembicki aufgestellte Grundsatz, bei jeder Phlegmone des Mediastinums abgesehen von der Halsincision auch sofort die Eröffnung des Mediastinums vom Rücken her auszuführen, nicht aufrecht erhalten werden, um so weniger, als die Gefahr dieser an sich eingreifenden Operation durch die nie mit Sicherheit zu vermeidende eventuelle Eröffnung und Infektion der Pleurahöhle sehr wesentlich vergrößert wird. In erster Linie wird also in derartigen Fällen die Eröffnung des Mediastinums vom Halse her (Mediastinotomia collaris) in Betracht kommen, schon desshalb, da ja in der Mehrzahl derselben die Phlegmone vom Halse ausgeht, oder, wenn sie im oberen Mediastinum entstand, sich bald zum Halse hin ausbreitet. Eine solche Operation muss dann aber auch thatsächlich zuerst den Eiterherd am Halse je nachdem von einer einseitigen oder beiderseitigen tiefen Incision nach allen Richtungen völlig freilegen und dann auch längs der Wirbelsäule und dem Ösophagus bis zur Höhle ins Mediastinum vordringen, diese gründlich entleeren und bei Trendelenburg'scher Lagerung des Pat. ausgiebig

drainiren. Selbst wenn mit dieser Operation das Auskommen nicht gefunden würde, wäre es doch wichtig, durch dieselbe etwa die stürmischen Symptome zum Rückgange zu bringen, dem Processe durch die Entleerung zum Theil den akuten septischen Charakter zu nehmen, den Pat. von dem ersten Eingriffe, in dem wohl meist auch zweckmäßigerweise die Magenfistelbildung vorzunehmen wäre, sich einigermaßen erholen zu lassen, bis etwa nach Klarstellung des zweckmäßigsten Ortes (Seite und Höhe) für die dorsale Mediastinotomie diese zweite Operation Behufs Schaffung einer Gegenöffnung sofort dann ausgeführt würde, wenn kein ausgesprochener und dauernder Rückgang der Allgemeinerscheinungen und des lokalen Processes statthat.

(Selbstbericht.)

---

41) **Henle** (Breslau). Laparotomie und Pneumonie.

H. hat aus der großen Zahl der postoperativen Pneumonien diejenigen herausgegriffen, welche sich im Anschlusse an Laparotomien entwickeln, und zwar mit Rücksicht auf die verhältnismäßig sehr große Zahl derselben. Er hat den Begriff der Laparotomie in so fern weiter gefasst, als es gewöhnlich geschieht, als er alle Operationen hierher rechnet, welche mit der Eröffnung des Bauchfells einhergehen, resp. das Bauchfell in erheblicher Weise tangiren, insonderheit auch die Hernien. Das Material, welches den Zeitraum von 1890 bis Ende März 1901 umfasst, setzt sich zusammen aus 1787 Operationen, von denen 1598 auf die Klinik, 189 auf die Privatklinik des Herrn Geh.-Rath v. Mikulicz entfallen. Es wurden 143 Pneumonien beobachtet, von denen 65 tödlich verliefen. Das giebt eine Morbidität von 8% und eine Mortalität von 3,6%. Vergleichsweise finden sich bei 200 Mammaamputationen nur 2 Pneumonien und 1 Todesfall, gleich 1, resp. $^1/_2$%, und selbst bei Strumaoperationen kamen nur 7% Pneumonien vor, von denen 2% einen tödlichen Verlauf nahmen.

Die Mehrzahl der Pneumonien sind lobuläre Formen. Meist spielt sich der Process im Unterlappen ab, etwas häufiger im rechten wie im linken, oder auch in beiden.

Von 52 Gestorbenen konnten Sektionen gemacht werden: Es fand sich 7mal eine lobäre fibrinöse Pneumonie. Von den lobulären waren 10 doppelseitig, 6 linksseitig, 7 rechtsseitig und je eine vorwiegend links- resp. rechtsseitig. 17mal fand sich Gangrän, 12mal doppelseitig, 2mal links, 3mal rechts, 2mal serofibrinöse Pleuritis ohne Lungenveränderung. Bei 5 von diesen Fällen wurden Embolien in den Lungenarterien nachgewiesen. 3 einfache Infarkte sind hier nicht mitzurechnen.

Die große Mehrzahl der Erkrankungen tritt am 2. Tage in die Erscheinung, verhältnismäßig viele noch am 3. und 4. Tage, eine geringere Anzahl am 1. resp. nach dem 4. Tage.

Zur Entstehung der Pneumonie gehört das Zusammentreffen einer Disposition mit einer Infektion. Die Disposition steigt mit dem Alter. Auf 100 Laparotomien bei 11—20jährigen kommen 3,4 Pneumonien, bei mehr als 70 Jahre alten Personen 27 Pneumonien. Eine verschiedene Disposition bei beiden Geschlechtern, welche zu einer etwas häufigeren Erkrankung des männlichen führt, ist wohl auf den Alkoholgenuss des letzteren zurückzuführen. Kreislaufsstörungen, Arteriosklerosen, postoperative oder durch Blutverlust, Fieber etc. bedingte Herzschwäche erhöhen die Disposition. Auch von der Art der Erkrankung, welche die Laparotomie nöthig macht, ist die Disposition abhängig. So geben benigne Processe auch bezüglich der Pneumonie durchweg eine bessere Prognose als maligne. Die Gastroenterostomie bei Carcinom ist in 14% der Fälle von Pneumonie gefolgt, 9% sterben daran; bei gutartiger Stenose haben wir $9^1/_2$% Pneumonien, keinen Todesfall.

Die Frage nach der Schädlichkeit der Narkose war bereits von Herrn Geh.-Rath v. Mikulicz in seinem Vortrage beantwortet worden, es wird daher nur nochmals an einer graphischen Darstellung gezeigt, dass die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle nach Schleich'scher Infiltration etwas größer ist, wie nach Narkose. Die Mortalität ist im Ganzen größer bei Infiltration, obwohl die Pneumonien nach letzterer etwas benigner verlaufen sind, wie die nach Narkose aufgetretenen. Die größere Zahl der Pneumonien nach Schleich ergiebt sich auch bei gesonderter Betrachtung einzelner Operationen, so der Gastroenterostomie und der Magenresektion. Eine Ausnahme macht nur die Gastrostomie, welche nach Infiltration seltener von Pneumonie gefolgt ist, wie nach Narkose. H. erklärt dies durch die Annahme, dass die Narkose doch eine gewisse Schädigung mit sich bringt, dass diese aber bei allen größeren Operationen lange nicht so schwer wiegt, wie durch Schmerz, Aufregung etc. gesetzte Schwächung des Herzens und des Gesammtorganismus. Die Operationen, welche sich unter lokaler Anästhesie wirklich schmerzlos ausführen lassen, üben diesen schlechten Einfluss wenig oder gar nicht und geben daher unter Infiltration bessere Resultate.

Das wichtigste disponirende Moment, auf welches auch Gerulanos in seiner Arbeit über die postoperativen Lungenerkrankungen gebührend aufmerksam gemacht hat, ist die Erkältung. H. hat einen Theil der Experimente, wie sie von Lode, Dürck, Fischel, Nebelthau, Zillesen angestellt wurden, im Verein mit Dr. Heile nachgeprüft resp. modificirt. Kaninchen wurden mit Äther narkotisirt und dann mit Äther begossen. Kontrollthiere wurden auf einem Thermophorkissen narkotisirt. Das Experiment wurde $^1/_2$ Stunde, später nur $^1/_4$ Stunde ausgedehnt. Während des Versuches wurde oft ein Temperaturabfall bis zu 15° beobachtet. Die erkälteten Thiere sind nach dem Versuche sehr elend: packte man sie nicht mit einem Thermophor zusammen in Watte ein, so gingen sie auch nach $^1/_4$stündigem Versuche in der Regel zu Grunde. In den Lungen der ab-

gekühlten Thiere fanden sich regelmäßig starke Hyperämie, Blutungen in die Alveolen, Quellung und Ablösung von Alveolarepithelien. Diese Zustände hielten 3—4 Tage lang an (Demonstration). Der wichtigste Beweis für die Wirkung der Erkältung wird durch die Erfahrungen der Klinik geliefert, in so fern als, seitdem die Gelegenheit zur Erkältung eingeschränkt wird, auch die Zahl der Pneumonien erheblich zurückgegangen ist. Bis 1898 betrug der Procentsatz der Pneumonien 8—10%, 1899 6,6%, 1900 3,6% und in den ersten Monaten von 1901 2,1%. Im Laufe des Jahres 1899 wurden erwärmte Operationstische eingeführt und die Wasserwaschung durch Seifenspiritus ersetzt. Bei der Vorbereitung mit dem letzteren bleiben die Pat. im Bette, sie werden, abgesehen vom Operationsgebiete, nicht durchnässt, und die ganze Vorbereitung nimmt nur 5 Minuten in Anspruch.

Es werden dann noch als Beweis für die Wirkung der Abkühlung einige Pneumonien erwähnt, die sich im Anschlusse an kalte Ausspülungen großer Echinococcushöhlen entwickelt haben.

Unter den disponirenden Momenten ist schließlich noch zu nennen die Schmerzhaftigkeit des Abdomens, welche Athmung und Expektoration behindert. In dieser Beziehung müssen am ungünstigsten wirken die median oben gelegenen Laparotomiewunden, da sie beim Athmen und Husten am meisten gespannt werden. Besonders schwerwiegend muss der Einfluss dieser Störungen dann sein, wenn sich pathologische Veränderungen der Lunge schon entwickelt haben. Das heilende Moment der Expektoration geht dann ganz oder großentheils verloren.

Soll aus den oben besprochenen experimentell gesetzten Lungenveränderungen eine Pneumonie werden, so muss eine Infektion hinzukommen. Die Infektionserreger können auf 2 Wegen in die Lunge gelangen, durch die Luftwege und durch das Blut. Lipari gelang es, bei abgekühlten Kaninchen durch Einbringen von Pneumonikersputum in die Trachea Pneumonie zu erzeugen. Unsere mit Reinkulturen ausgeführten analoge Versuche sind erfolglos geblieben.

Von den menschlichen Pneumonien entwickelt sich wohl sicher ein großer Theil von den Luftwegen aus. Solche Pat., die schon vor der Operation Erkrankungen der Athmungswege zeigen, erkranken mit Vorliebe. Die verhängnisvollste Form der hierher gehörenden Lungenaffektion ist ohne Zweifel die Aspirationspneumonie, wie sie auf Grund der Aspiration von Mageninhalt entsteht, der während oder nach der Operation erbrochen wird. Andererseits entstehen aber auch sehr schwere Pneumonien, auch Gangrän, ohne dass die Pat. jemals erbrochen haben. Ein Theil von diesen Lungenerkrankungen dürfte wohl hämatogen als Metastase anderweitig lokalisirter Eiterungen zu Stande kommen. Dafür spricht die Erfahrung, dass Störungen der Wundheilung verhältnismäßig oft mit Lungenerkrankungen kombinirt sind. Auch hier wurden wiederum Thierexperimente zu Rathe gezogen, und zwar mit positivem Erfolge. Die Bak-

terien wurden bei einer Versuchsreihe als Bouillonkultur in die Ohrvene injicirt; in einer anderen nähten wir kleine mit Bouillonkultur getränkte Gazebausche in die Bauchhöhle ein, und zwar wiederum unter Anwendung von Narkose und Abkühlung. Es gelang auf diese Weise, je einmal vom Ohre aus mit Tetragenus und von der Bauchhöhle aus mit Streptokokken eine Pneumonie zu erzeugen. In beiden Fällen ließen sich in dem aus massenhaften Leukocyten und gequollenen Epithelien bestehenden Exsudat die betreffenden Mikroorganismen nachweisen. Die erwärmten Kontrollthiere zeigten diese Veränderungen nicht.

Als Weg, den die Infektion von der Bauchhöhle zur Lunge hin nimmt, muss man hauptsächlich an die Verbindungen denken, welche zwischen den Venen des Pfortaderkreislaufes und der Cava, der Hypogastrica, den Ösophagusvenen bestehen. Die von Gerulanos angegebene Möglichkeit, das kleinste Emboli die weiten Leberkapillaren passiren, um dann in den engen Lungenkapillaren stecken zu bleiben, verdient sehr wohl Beachtung. Auch die Lymphbahnen mögen für den Transport der Infektionserreger in Betracht kommen. In einigen Fällen hat die Sektion nur eine Pleuritis, keine Pneumonie ergeben. Dies lässt an ein Durchwandern der Infektionserreger durch das Zwerchfell denken.

Welcher von den verschiedenen Infektionswegen beschritten wird, und wie überhaupt die Genese der Pneumonie ist, das lässt sich für den einzelnen Fall kaum sagen. Wenn die Magenoperationen in viel größerer Zahl Pneumonien nach sich ziehen, als die Gallenblasenoperationen, so liegt das wohl daran, dass die Magenoperationswunde für die Expektoration ungünstig gelegen ist, dass das intraabdominale Operationsfeld unmittelbar unter dem Zwerchfelle liegt, dass die Pat. doch immerhin häufig erbrechen, dass die Asepsis nicht durchführbar ist, dass zwischen den Magen- und Ösophagusvenen weite Kommunikationen bestehen und dass endlich die Pat. meist sehr heruntergekommen sind. Bei den Gallenblasenoperationen wird der Schnitt seitlich geführt, das intraabdominale Operationsgebiet ist von dem Zwerchfelle durch das dicke Polster der Leber getrennt, die Pat. sind oft kräftig und in gutem Ernährungszustande.

Ähnliche oder gleichartige Operationen, unter verschiedenen Umständen ausgeführt, wirken in verschiedener Weise auf die Lungen. So ist die Herniotomie incarcerirter Hernien häufiger von Pneumonie gefolgt, wie die Radikaloperation freier Brüche. Die aseptische Radikaloperation der Perityphlitis war niemals von Pneumonie gefolgt, dagegen die als Operation viel einfachere Incision perityphlitischer Eiterungen relativ oft.

Für die Therapie ergiebt sich aus dem Gesagten die Nothwendigkeit, von den besprochenen Schädlichkeiten so viel wie möglich auszuschließen, so die Infektion, die Gelegenheit zur Aspiration etc. Man soll dafür sorgen, dass die Operirten gut athmen und expektoriren. Man lässt sie am besten eine Art Athemgymnastik treiben

und beruhigt sie über die meist vorhandene Befürchtung, dass sie sich durch das Husten schaden könnten. Die Expektoration unterstützt ein Verband, der das Abdomen ganz leicht komprimirt und dadurch Zerrungen von der Wunde fern hält, aber doch nicht so eng ist, dass er die Athmung behindert. Besonders wichtig ist die Athemgymnastik, wenn man Morphium giebt, durch welches nicht nur der Schmerz gestillt, sondern auch der Reiz zur Expektoration herabgesetzt wird.

Das Wesentlichste ist die Vermeidung der Erkältung. In dieser Hinsicht ist, wie gesagt, der Seifenspiritus zur Desinfektion zu empfehlen, ferner große Vorsicht bei Verabfolgung der nothwendigen Bäder und endlich ein erwärmbarer Operationstisch. In der Breslauer Klinik sind Thermophorkissen in Gebrauch, die aber, wenn man Verbrennungen der Pat. vermeiden will, gut eingepackt werden müssen. Leider sind sie sehr oft reparaturbedürftig.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Krönlein (Zürich) hat nach 300 Laparotomien nur eine Pneumonie gesehen. Er verwendet dabei nur Äther- oder gemischte Morphium-Äthernarkose. Wichtig ist die Qualität und Quantität des verbrauchten Äthers. Gegen die Abkühlung der Kranken verwendet K. keine besonderen Vorsichtsmaßregeln. Er gebraucht als Asepticum nur steriles Wasser.

Kümmell (Hamburg) sah unter 1070 Laparotomien 40 Pneumonien; davon starben 29 und 11 wurden geheilt. Bei ersteren handelte es sich um 8 krupöse und 21 hypostatische Pneumonien. Die Todesfälle betrafen fast nur kachektische Personen, meist carcinomatöse. Im Ganzen sah K. 4 Ätherpneumonien, wofür die klimatischen Verhältnisse auch wichtig sind. K. hat neuerdings den Äther nach Möglichkeit wieder eingeschränkt. Er sorgt für häufigen Lagewechsel der Operirten und lässt sie möglichst früh aufstehen.

Jaffé (Hamburg).

Stolper (Breslau) hält ein unerwähnt gebliebenes Moment für disponirend zur Pneumonie nach Laparotomien, die Fettembolie der Lungen. Dieselbe komme nicht bloß bei schweren Knochenbrüchen, sondern bei starken Quetschungen von Fettgewebe überhaupt vor. Solche seien aber etwas Gewöhnliches bei Laparotomien. Er hat bei einer alten Frau, die 8 Stunden nach Laparotomie wegen Gallensteinileus starb, hochgradige Fettembolie der Lungen bei der Sektion gefunden. Es ist anzunehmen, dass die Altersdegeneration der Gefäße und diejenige des Fettgewebes die Verschleppung zertrümmerten Fettes begünstigen. Man sollte auf diese Fettembolie künftig achten, da sie auf die Operationstechnik nicht ohne Einfluss sei.

(Selbstbericht.)



42) **O. Samter** (Königsberg). Über die Verwendbarkeit der v. Mikulicz'schen Peritonealtamponade.

S. weist auf die vielseitige Verwendbarkeit der Methode hin, wie sie sich im Laufe des letzten Jahrzehnts herausgebildet hat. Zunächst führt er ein Beispiel für die Verwendung als präliminare Tamponade bei ausgedehnter intraperitonealer Eiterung an: Im Anschlusse an eine akute Perforationsperitonitis aus unbekannten Ursachen (wahrscheinlich vom Magen ausgehend) hatte sich bei einem 16jährigen Mädchen eine umfangreiche Eiterung in der Bauchhöhle entwickelt, die sich zunächst im Epigastrium lokalisirte, später bis zur rechtsseitigen hypogastrischen Gegend herunterreichte. Trotzdem im Laufe von 8 Monaten 4mal Incisionen an den Stellen gemacht worden waren, an denen die Bauchwand mit dem Abscess verlöthet war (in der Mittellinie oberhalb des Nabels, am Leistenrande des rechten Rectus in gleicher Höhe, über dem rechtsseitigen Lig. Pouparti), gelang die Heilung nicht. Da die Abscesshöhle von Scheide und Mastdarm nicht erreichbar war, wurde der Grund der Höhle durch die v. Mikulicz'sche Tamponade von der Mittellinie (unterhalb des Nabels) freigelegt und später eröffnet. Heilung in 3 Monaten.

Eine bemerkenswerthere Verwendung fand das Verfahren bei einem großen intraperitonealen Kothabscess einer 30jährigen Pat., im Anschlusse an Appendicitis (sekundäre Darmperforation) entwickelt. Die Abscesshöhle nahm die größere Hälfte des unterhalb des Nabels gelegenen Bauchhöhlenabschnittes ein. Die Darmperforationsstelle lag, wie sich schließlich herausstellte, vor der Lendenwirbelsäule in der Mittellinie. Als $3^1/_2$ Monate nach der an typischer Stelle vorgenommenen Incision die Verheilung nicht eingetreten war, wurde von der Mittellinie aus unterhalb des Nabels die vordere Abscesswand mittels der Tamponade vorgenommen, die durch die gesunde Bauchhöhle durchging. Eröffnung der Höhle 5 Tage später und Freilegung der kreisrunden, mehr als kirschkerngroßen Darmöffnung. Auf diese Weise Herstellung eines granulirenden Wundtrichters, der von der Bauchwand durch einen gesunden Bauchhöhlenabschnitt direkt auf die Darmöffnung reichte und für einige Wochen den ganzen Darminhalt austreten ließ. Heilung und vollständige Vernarbung. Das Verfahren knüpft an die alte (von Dieffenbach besonders empfohlene) Methode an, die bei der innerhalb der Bauchwand liegenden Kothfistel (und widernatürlichem After nach Beiseitigung des Spornes) angewendet wurde und darin besteht, dass durch Kauterisation ein granulirender Wundtrichter geschaffen wurde; durch koncentrische Verengerung während der Vernarbung wird in solchen Fällen sekundärer Darmverschluss erreicht. — Gerade für die bei der Appendicitis gelegentlich entstehenden sehr großen Kothabscesse ist das v. Mikulicz'sche Verfahren demnach zu empfehlen, wenn die Darmöffnung versteckt und tief in der Abscesshöhle liegt. Das Verfahren ist ersichtlich

nicht besonders gefährlich und schafft günstige mechanische Bedingungen für den Darmverschluss, die innerhalb der buchtigen Abscesshöhle nicht vorhanden sind. (Selbstbericht.)

43) **Rehn.** Die chirurgische Behandlung der akuten Appendicitis.

Nach R.'s Ansicht hat die Diskussion über die Behandlung der akuten Wurmfortsatzerkrankungen auf dem Chirurgenkongresse des Jahres 1899 zu keinem befriedigenden Abschlusse geführt. Bei der großen Tragweite des Gegenstandes hat er es unternommen, auf Grund seiner eigenen Erfahrungen das Thema noch einmal zu erörtern.

Die Appendicitis ist häufiger und bösartiger geworden. Daran ist kaum zu zweifeln, wenn auch immerhin örtliche Verschiedenheiten bezüglich der Häufigkeit und der Intensität möglich sind.

R. betont, dass die Krankheit nach den allgemein in der Chirurgie geltenden Regeln behandelt werden muss. Die Eigenschaften des Peritoneums geben uns durchaus keine Veranlassung, einen entzündlichen Process desselben anders zu behandeln, als wir an anderen Körperstellen gewöhnt sind. Statt dass wir entschlossen im gegebenen Falle eingreifen, hält die Furcht vor einer Infektion der Bauchhöhle den Chirurgen ab, rechtzeitig zu operiren. Diese Furcht zieht sich wie ein rother Faden durch alle Verhandlungen und ist schwer zu überwinden.

R. möchte mit seinen Zahlen zeigen, dass sie unbegründet ist. Er scheut sich niemals, wo es nöthig und zweckmäßig ist, eine entzündete, vereiterte Appendix, einen Abscess mit Eröffnung der freien Bauchhöhle zu beseitigen. Wenn die Bauchhöhle so leicht zu inficiren wäre, so müsste er eine ungeheuere Mortalität haben. Freilich können Misserfolge eintreten. Allein diese sind bei richtiger Technik nicht der Operation, sondern nur dem Umstande zuzuschreiben, dass man der vorgeschrittenen Infektion nicht mehr Herr zu werden vermag. Das kann man aber bei jeder Phlegmone erleben.

R. giebt dann eine Übersicht über 180 im akuten Anfalle ausgeführte und im Anschlusse an das akute Stadium nothwendig gewordene Operationen.

I. Allgemeine Peritonitis.

Bezeichnung der Formen	Gesammtzahl	Geheilt	Gestorben
a. Septisch-pyämisch und eitrig-jauchige	35	8	27
b. Progredient-eitrige	36	25	11
Summa	71	33	38

Darunter eine große Anzahl bereits hoffnungslos eingelieferter Fälle, besonders unter »a«.

II. Lokalisirte Processe.

Bezeichnung der Formen	Gesammtzahl	Geheilt	Gestorben
a. Frühzeitig operirte Fälle ohne Abscessbildung	24	24	0
b. Fälle mit Abscessen	85	77	8
Summa	109	101	8

a. D. h. Fälle von einfacher Entzündung des Wurmfortsatzes bis zu Perforation und Gangrän.

b. Darunter eine Anzahl schwerster Komplikationen: Multiple Abscesse in der Bauchhöhle, subphrenischer Abscess, Coecalgangrän, Volvulus, Invagination, Meningitis, Lungengangrän, Pleuraempyem, Thrombose der Vena cava inferior etc.

III. Erläuterung der 8 Todesfälle von IIb.

Coma diabeticum	1
Septische Nachblutung aus einer Coecalarterie	1
Meningitis	2
Akute Psychose, Tod nach 3 Tagen an Herzschwäche	1
Phlebitis purulenta der Ven. mesent.	1
Abknickung einer Dünndarmschlinge	1
Sepsis, ausgehend von Coecalgangrän	1
Summa	8

IV. Fälle mit totaler Gangrän des Wurmfortsatzes[1].

Gesammtzahl	Geheilt	Gestorben
33	22	11[2]

R. meint, dass diese Zahlen eine sehr eindringliche Sprache reden. Sie zeigen deutlich, dass ein prophylaktischer Eingriff nicht nur im Intervalle, sondern auch im akuten Anfalle wohl berechtigt ist. Was verbirgt sich unter dem Bilde der akuten Appendicitis? In der großen Mehrzahl der Fälle eine phlegmonöse Entzündung, welche alle Wandschichten des Wurmfortsatzes betrifft. Die Appendix ist geröthet, turgescent, ihr Innendruck beträchtlich gesteigert. Das Mesenterium ist stets mehr oder weniger mit ergriffen. Die Entzündung kann bald rasch, bald allmählich zurückgehen, bald rapid, bald langsam zur umschriebenen oder völligen Gangrän des Anhanges führen.

Der an Lymphapparaten reiche Bau der Appendix so wie ihre difficile Gefäßversorgung geben uns eine Erklärung für die häufige Erkrankung und deren Gefahren. Die Virulenz der inficirenden Bakterien entscheidet über die Folgen im Wurmfortsatze.

Wird die Wand der Appendix mit oder ohne augenfälligen Defekt durchgängig, so kommt die Erkrankung in ein zweites Stadium.

[1] Dieselben vertheilen sich auf die Tabellen I und II.

[2] Davon 10 an allgemeiner Peritonitis, 1 an Coecalgangrän und Sepsis.

Jetzt können die Lage der Appendix, frische oder ältere Verwachsungen den weiteren Verlauf beeinflussen. Gewiss kann auch ein zweckmäßiges Regime günstig wirken. Die eigentliche Entscheidung über den Fortgang der Infektion liegt bei anderen Faktoren. Berücksichtige man zuerst das Peritoneum!

Die experimentellen Ergebnisse von Wegner's Versuchen an bis auf die neuesten beweisen übereinstimmend, dass ein Eindringen infektiöser Massen in die Bauchhöhle durchaus nicht zu einer Peritonitis zu führen braucht. Ob letztere entsteht oder nicht, hängt ab von

1) der Masse der Bakterien,
2) ihrer Virulenz,
3) den baktericiden Kräften im Peritoneum.

So begreifen wir, warum bei einer Totalgangrän des Wurmfortsatzes, bei ausgedehnter Perforation, bei einem Loche dicht am Coecum so oft und rasch eine diffuse Peritonealinfektion eintritt.

Andererseits werden die Formen der sog. peritonealen Reizung, der leichten Peritonitis, welche man häufig zurückgehen sieht, leicht verständlich. Wir bemerken die kräftige Reaktion des Peritoneums und schließen aus dem Zurückgehen der Reizung mit Sicherheit, dass die eingedrungenen Keime unschädlich gemacht sind. Gewöhnlich sind noch weitere Spuren des Kampfes zu finden in einer rasch auftretenden palpablen Geschwulst.

Eine intensivere Giftwirkung in der Umgebung der Appendix führt zu einer Epithelschädigung, zu latenten Verwachsungen in der Umgebung des Wurmfortsatzes. Das im Innern des Tumors gelegene Entzündungsprodukt ist zuweilen serofibrinös, öfters eitrig.

In diesem Stadium kann der Entzündungsprocess noch rückgängig gemacht werden, er kann aber auch sofort oder nach einem mehr oder weniger langen Stillstande weiter gehen. Das Stadium ist äußerst kritisch, da es für viele Fälle den letzten Zeitpunkt bedeutet, wo man mit Sicherheit auf Erfolg eingreifen kann.

Nur dann, wenn man alle Symptome gleichmäßig im Rückgange findet, dürfte ein weiteres Zögern mit der Operation gestattet sein.

Anderenfalls überlässt man die Pat. einem gänzlich ungewissen Schicksal. Misserfolge werden unvermeidlich.

R. schildert kurz sein Verfahren bei der Operation der eitrigen Appendicitis.

Je nach der Lage des palpablen Tumors wird der Schnitt verschieden gelegt. Er soll groß genug sein, um einen guten Überblick des Infektionsgebietes zu ermöglichen.

Die Peritonealhöhle wird rasch geöffnet. Unter reichlicher Kochsalzspülung werden die Adhäsionen gelöst und die Appendix zur Anschauung gebracht. Dieser Akt ist um so einfacher, je frischer die Entzündung ist. Die Appendix wird in bekannter Weise entfernt und der Stumpf übernäht. Dann folgt die genaue Revision des Eiterbettes und der benachbarten Darmschlingen. »Bei Eiterung im

Peritoneum muss stets drainirt werden.« Schließlich wird vom Drain aus die Bauchhöhle mit heißer Kochsalzlösung gefüllt. Auf sorgfältige Nachbehandlung muss geachtet werden.

Seine Anschauungen über die akute Appendicitis fasst R. folgendermaßen zusammen.

Die Erkrankung gestattet durchaus keine sichere Prognose. Die vorsichtigste und zweckmäßigste innere Behandlung schützt nicht vor unangenehmen Überraschungen, weil sie gegen den entzündlichen Process im Wurmfortsatze machtlos ist. Die Statistik lehrt zwar, dass viele akute Anfälle zurückgehen. Sie nützt aber dem Arzte im vorliegenden Falle gar nichts. Denn unbestritten bleibt die traurige Thatsache, dass sehr viele Menschen alljährlich der Krankheit erliegen. Ferner muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass mancher dunkle und gefährliche Entzündungsprocess auf eine sog. geheilte Appendicitisattacke zurückgeführt werden muss. Ein erster Anfall soll stets und namentlich bei Kindern besonders ängstlich betrachtet werden. Dubiöse Fälle sind besser zu operiren. Zwingend wird die Indikation zur Frühoperation, wenn der Anfall mit schweren lokalen und allgemeinen Erscheinungen auftritt, wenn ein Schüttelfrost die Scene einleitet. Hier darf man niemals auf das Entstehen einer periappendikulären Geschwulst warten! Ist eine solche zu konstatiren, so handelt es sich meist um Eiterbildung. Eine schleunige Operation ist um so eher indicirt, wenn man sie nicht am klassischen Orte findet.

»Die Entfernung der Appendix im Beginne des akuten Anfalles ist das einzig sichere Mittel, die Mortalität der Erkrankung auf ein Minimum herabzudrücken und unsägliches Leiden zu verhüten.«

Gegen die Vertreter der Frühoperation kann nur der eine Vorwurf erhoben werden, dass sie einige entzündete Wurmfortsätze wegnehmen, welche vielleicht auch unter innerer Behandlung über den Anfall hinweggekommen wären. Dieser Vorwurf wiegt nicht allzu schwer, da der operirte Pat. binnen kurzer Frist völlig geheilt und arbeitsfähig sein wird, während bei erhaltener Appendix die stete Gefahr eines Recidivs droht.

Wer dagegen eine akute Appendicitis abwartend behandeln will, muss in der Lage sein, den Kranken von Stunde zu Stunde zu überwachen. Er muss fernerhin die große Kunst besitzen, jede Wendung zum Schlimmen in ihren ersten Anfängen zu erkennen. Es können sich in der Appendix die folgenschwersten Processe unter ganz mäßigen Symptomen abspielen!

Einige Erkrankungen führen in kürzester Frist zum Tode, andere gleiten unmerklich in eine große Gefahr.

Wer bei heftigen Symptomen zuwartet, sollte sich der schwersten Verantwortung bewusst sein.

Die Frage nach der Behandlung des wiederholten akuten Anfalles wird sich weit einfacher beantworten lassen. Hier handelte es sich um eine dem Messer verfallene Appendix. Über die Berechti-

gung, einen derartigen Wurmfortsatz zu entfernen, kann unter Chirurgen keine Meinungsverschiedenheit aufkommen. Sobald also nachzuweisen ist, dass eine Operation im Beginne des akuten Anfalles nicht gefährlicher ist als ein Eingriff im Intervalle, müssen alle Chirurgen konsequenterweise jetzt auf frühzeitigster Entfernung der Appendix bestehen.

Nun ist die Operation im Beginne des Anfalles eben so leicht, oft leichter als die im Intervalle, und sicher nicht gefährlicher, wie alle Erfahrungen zeigen.

Damit hält R. die Frage über die zweckmäßigste Behandlung des wiederholten akuten Anfalles für erledigt. (Selbstbericht.)

---

44) **J. Rotter** (Berlin). Zur Behandlung der akuten Perityphlitis.

R. bespricht auf Grund seiner in den letzten 5 Jahren gewonnenen Erfahrungen die Bedeutung der Douglaseiterungen im Verlaufe der Perityphlitis. Unter 530 seit 1896 in der inneren und äußeren Abtheilung des St. Hedwig-Krankenhauses behandelten Fällen von akuter Perityphlitis wurden 196 operirt, die übrigen der internen Behandlung unterworfen. Von diesen 196 Fällen gehörten 96 zur circumscripten und 100 zur diffusen Perityphlitis. Die Douglasabscesse wurden sämmtlich der diffusen Form zugetheilt, aus Gründen, die früher besprochen wurden.

Bei den 100 diffusen Perityphlitiden wurden insgesammt 70 Douglasabscesse gefunden. Die große Häufigkeit erweist ihre hohe klinische Bedeutung.

Die Behandlung derselben erfolgte früher (bis 1896) durch Operationen von der vorderen Bauchwand, also von oben her. Dabei kamen viele Todesfälle vor. Von 9 starben 6 Fälle. Seit 1896 wurden die Douglasabscesse — bis auf wenige Ausnahmen — von unten her, und zwar vom Damme, Rectum oder der Scheide her eröffnet. Die Resultate sind dadurch erheblich besser geworden — von 60 Fällen starben nur 10 Fälle. R. führt auf diesen Umstand in der Hauptsache die geringere Mortalität zurück, welche die Gruppe der diffusen Perityphlitiden in den Jahren 1896—1900 aufweist gegenüber seiner ersten Periode von 1893—1895, welche bereits publicirt sind. Denn in der älteren Periode zeigte sich eine Mortalität der diffusen Form von 60%, in der jüngeren nur von 34%. R. empfiehlt daher die Anwendung seiner Operationsmethode dringend.

Die Indikationen zur Operation bei der akuten Perityphlitis sind für R. die gleichen geblieben wie früher — bei der circumscripten Form leiten ihn hauptsächlich die Fieberverhältnisse.

Wenn möglich lässt er den akuten Anfall unter interner Behandlung vorübergehen und führt später, nach einer 3—4 Wochen langen fieberfreien Zeit, die Radikaloperation »im Intervalle« aus. Die

Resultate der letzteren sind sehr gute. Unter 150 Fällen starb 1 Fall an einer erwiesenermaßen durch Katgut bedingten Infektion. R. führt die Radikaloperation bei jugendlichen Pat. oft schon nach dem ersten Anfalle aus.

Bei der akuten diffusen Perityphlitis greift R. möglichst früh ein. Die Operation bestand fast immer in der Eröffnung sich abkapselnder Eiterungen. Nur 13mal unter den 100 Fällen fehlten Verklebungen im Bauchraume. $^1/_3$ der Douglasabscesse wurde vom 3.—5. Tage der Erkrankung eröffnet. Spülungen hat R. erst im letzten Jahre einige gemacht, bisher stets mit negativem Erfolge.

(Selbstbericht.)

---

45) **Mühsam.** Zur anatomischen Diagnose bei Perityphlitis.

Herr Geh.-Rath Sonnenburg, der verhindert ist, heute hier zu sein, hat mich beauftragt, Ihnen die Hauptthesen seines Vortrages mitzutheilen:

1) Sonnenburg sucht alle bei Lebzeiten beobachteten Symptome eines perityphlitischen Anfalles mit den anatomischen Veränderungen der Appendix und ihrer Umgebung in Zusammenhang zu bringen.

2) Die Einheitlichkeit des klinischen Bildes muss durch Aufstellung einer einheitlichen anatomischen Grundlage vervollkommt werden.

3) Die Erfahrung hat gelehrt, dass aus der großen Gruppe der perityphlitischen Anfälle nur diejenigen Fälle sofortige Operation erheischen, in denen eine Appendicitis gangraenosa vorliegt. Es hängt dies mit der ausgedehnten Infektion allgemeiner Art zusammen, die in solchen Fällen fast ausnahmslos vorkommt. Diese Fälle sind charakterisirt durch die fortschreitende, an etwa vorher bereits vorhandene Adhäsionen sich nicht haltende Entzündung, die auf das Bauchfell übergreift und zur diffusen Peritonitis führt. Ferner charakterisirt dadurch, dass es sich von vorn herein um ein mangelhaft oder gar nicht abgekapseltes Exsudat handelt.

4) Die Appendicitis perforativa und simplex verlaufen nicht so foudroyant und führen in der Regel zu einem abgekapselten Exsudat.

5) Diese Formen von Appendicitis gangraenosa, die in den ersten 24 Stunden eine Operation erheischen, sind klinisch zu erkennen durch schwere Störungen des Allgemeinbefindens (Symptome allgemeiner Infektion, besonders hohe Pulsfrequenz, schwer kranken Gesichtsausdruck, enorme lokale Schmerzhaftigkeit in der Ileocoecalgegend, Fehlen einer deutlichen Resistenz daselbst, Anzeichen allgemeiner Betheiligung des Bauchfells an der Entzündung).

6) Operirt man in den ersten 24—48 Stunden nach Beginn des Anfalles, so findet man bei dieser Gruppe von Perityphlitiden einen in großer Ausdehnung brandigen Wurmfortsatz, umgeben von einem nicht abgekapselten, jauchig-eitrigen Exsudat; auch im übrigen Bauchraume sind trübe Flüssigkeitsmengen. Immerhin in so früher Zeit



nach beginnender allgemeiner Entzündung und Infektion scheinen, nach den günstigen Erfahrungen bei diesen Eingriffen zu urtheilen, intaktere Theile des Peritoneums vorhanden zu sein, welche in wirksamer Weise die Infektion noch beschränken und aufhalten können. Längeres Abwarten verschlechtert die Prognose. Entweder schreitet die Infektion trotz Entleerung des primären Exsudates weiter, oder es bilden sich neue umfangreiche Abkapselungen im Bauchraume, besonders subphrenische und Douglasabscesse, welche das Leben des Pat. von Neuem bedrohen.

7) Die Appendicitis perforativa geht klinisch nicht mit den schweren Zeichen allgemeiner Infektion einher. Die Pulsfrequenz entspricht dem hohen Fieber und geht mit diesem zurück. Vor allen Dingen bildet sich eine lokale Resistenz, ein abgekapseltes Exsudat, dessen weiteres Verhalten nach Tagen oder Wochen eine weitere Indikation zur Operation abgeben kann.

8) Nur wo bei der Appendicitis perforativa der Durchbruch direkt in die Bauchhöhle erfolgt, und eine lokale Abkapselung nicht stattfindet, treten die gleichen klinischen Erscheinungen wie bei der Appendicitis gangraenosa auf und erfordern ein sofortiges Einschreiten.

9) Bei der Appendicitis simplex wird man nur bei Verdacht auf Empyem des Wurmfortsatzes operiren. Dies ist durch die enorme lokale Schmerzhaftigkeit zu erkennen bei gleichzeitigem Fehlen allgemeiner Intoxikationserscheinungen, vor Allem beim Fehlen stärkerer Veränderungen der Temperatur und des Pulses. Da aber erfahrungsgemäß die Empyeme des Wurmfortsatzes zu Gangrän bezw. Perforation führen, so ist eine Operation, sobald die Diagnose auf Empyem des Wurmfortsatzes gestellt ist, angezeigt und giebt hier durchgehends gute Prognose.

10) Geh.-Rath Sonnenburg hat daher in der letzten Auflage seines Lehrbuches folgende Grundsätze für operative Behandlung der Appendicitis angestellt:

a. Die Operation im freien Intervall ist der im Anfalle vorzuziehen.

b. Bei der Appendicitis simplex ist im Anfalle eine Indikation nur selten, und zwar nur bei Empyemen vorhanden.

c. Bei der Appendicitis perforativa muss im Anfalle mit strenger Auswahl der Fälle operirt werden.

d. Bei der Appendicitis gangraenosa soll im Anfalle stets und früh operirt werden.

e. Bei der Appendicitis perforativa und gangraenosa mit Komplikationen muss operirt werden.

11) Diese Thesen stellt Sonnenburg den geehrten Mitgliedern des Kongresses zur geneigten Prüfung und würde sich freuen, wenn nach Jahr und Tag bei Befolgung dieser Grundsätze für operatives Handeln beim perityphlitischen Anfalle eben so günstige Erfahrungen, wie Sonnenburg sie gehabt hat, von anderer Seite bestätigt würden.

(Selbstbericht.)



46) **Sprengel** (Braunschweig). Zur Frühoperation bei akuter Appendicitis.

Vortr. hat, nachdem er längere Zeit unter dem Einflusse der Diskussion auf dem Chirurgenkongresse 1899 in der operativen Behandlung der akuten Appendicitis zurückhaltender geworden war, nach mehrfachen trüben Erfahrungen die Überzeugung gewonnen, dass diese Zurückhaltung nicht am Platze ist. Auch die von ihm selbst auf dem Chirurgenkongresse von 1899 aufgestellte kurze Indikation, wonach man im akuten Anfalle operiren solle, sobald von den 3 Kardinalsymptomen, Schmerz, Fieber und Pulsveränderung, sich eines decidirt verschlimmert, hält er heute nicht mehr für zulänglich. Nachdem es statistisch festgestellt ist, dass die gegenwärtig am weitesten verbreitete zuwartende Methode eine Mortalität von etwa 15% ergiebt, und nachdem es ferner feststeht, dass selbst anscheinend gutartige Fälle auch bei sorgfältiger Beobachtung plötzlich den ungünstigsten Verlauf nehmen können, hält Vortr. es für erlaubt, den ernstlichen Versuch zu machen, ob die Mortalität der akuten Appendicitis durch ganz frühzeitige Operation, womöglich innerhalb der ersten 2mal 24 Stunden, gebessert werden kann. Dieser Versuch ist um so mehr erlaubt, weil man ihn a priori mit großer Wahrscheinlichkeit als ungefährlich bezeichnen kann (cf. die Erfahrungen amerikanischer und französischer Ärzte). S. ist bisher selbst 4mal (seither noch in einem weiteren 5. Falle) in der Lage gewesen, zu der genannten Zeit zu operiren. Immer war der Verlauf auffallend glatt, trotz der unerwartet und wohl auch ungewöhnlich großen anatomischen Veränderungen. — Selbstverständlich ist die Beantwortung einer so wichtigen Frage, deren statistische Erledigung mindestens für Deutschland noch aussteht, nur durch die gemeinsame Arbeit Derjenigen, welche sich auf den gleichen Standpunkt stellen können wie Vortr., möglich. Die Anschauung des Vortr. gipfelt in dem Satze: Die akute Appendicitis wird am besten unmittelbar nach gesicherter Diagnose operirt; findet man Eiter, so war die Operation (nach jeder Indikation) nothwendig; findet man keinen, so ist sie unschädlich.

Falls sich, wie Vortr. annimmt, die relative Ungefährlichkeit der frühzeitigen Operation im Anfalle bestätigt, wird es nothwendig sein, die Indikation für die sog. Operation im Intervall zu revidiren. S. hält die Intervalloperation nur bei unkomplicirten Fällen für ungefährlich, in komplicirten Fällen kann sie zu den schwierigsten Laparotomien gehören und ist dann keineswegs gleichgültig. S. empfiehlt daher die Intervalloperation nur nach leichten, kurzdauernden Anfällen; sind schwere Anfälle vorangegangen, so räth er, die Operation zu verschieben, bis ein neuer Anfall erfolgt, sie dann aber innerhalb der ersten 2mal 24 Stunden auszuführen.

Technisch empfiehlt Vortr. die Incision an der Außenseite des Rectus, ungenirte Eröffnung der freien Bauchhöhle, sorgfältiges Ab-

tamponiren der letzteren und Entfernung des Wurmfortsatzes im Anfalle. Beckenhochlagerung erleichtert die Operation in eklatanter Weise.
(Selbstbericht.)

47) **H. Riese** (Britz-Berlin). Beiträge zur Behandlung der akuten Appendicitis.

Vortr. steht auf dem Standpunkte, dass bei einer akuten Appendicitis so früh wie möglich zur Radikaloperation geschritten werden soll, wenn mit einiger Wahrscheinlichkeit die Diagnose auf die perforative oder gangränöse Form der Krankheit gestellt werden darf. Für die frühzeitige Operation in diesen Fällen spricht, abgesehen von der dadurch gebotenen Möglichkeit, Komplikationen leichter zu verhindern, sehr beträchtlich die größere Leichtigkeit der Ausführung, weil weniger ausgedehnte oder gar keine Verwachsungen vorhanden sind.

Bei gleichzeitig bestehender Schwangerschaft hält der Vortr. die frühzeitige Radikaloperation für absolut indicirt, weil Abort oder Frühgeburt durch die Reizung des Bauchfells seiner Erfahrung nach doch eintritt. Wenn aber die Ausstoßung der Frucht vor sich geht, so führt die Krankheit durch Mobilisirung des Krankheitsherdes event. nach Zerreißung etwa schon vorhandener Adhäsionen zum Tode, falls der Herd nicht vorher ausgeschaltet wurde.

Was die Ausführung der Operation betrifft, so ist die Doyensche Methode sehr zu empfehlen wegen Schnelligkeit und Sicherheit der Ausführung. Der Anhang wird mit Péan'scher Klemme an der Basis kräftig gequetscht, in der Schnürfurche ein Seidenfaden fest geschnürt und diesseits desselben mit Paquelin amputirt. Dann folgt Drainage — Tamponade der ganzen Wundhöhle, sekundäre Etagennaht. Bei über 20 in dem letzten halben Jahre nach Doyen ausgeführten Amputationen entstand nur in einem eine kurz dauernde Fistel.
(Selbstbericht).

Diskussion.

Baumgärtner (Baden-Baden) räth, bei Frauen vor Allem die gynäkologische Untersuchung sofort im Beginne der Erkrankung vorzunehmen, um zu entscheiden, ob Appendicitis oder Salpingo-Oophoritis vorliege. Verwechslungen seien häufig.

Hirschberg (Frankfurt) bekennt sich zur konservativen Behandlungsmethode der Appendicitis. Die Frühoperation scheitere oft an lokalen Verhältnissen, um so mehr, als sie im Widerspruch stehe mit der Inopportunität des Transportes.

Kümmell (Hamburg) ist der konservativen Methode treu geblieben und hat sich darüber nicht zu beklagen. Wo natürlich klar sei, dass das Peritoneum mit dem Processe nicht fertig werde, habe auch er sofort operirt. Die mittelschweren Fälle würden unter Opium und Ruhe zum abscedirenden Stadium hinübergeleitet und entweder dann oder im Intervalle operirt.

Behandelt wurden 1046 Perityphlitiden mit 48 = ca. 5% Todesfällen; im anfallsfreien Stadium wurden operirt 253 mit 4 = ca. 1,6% Todesfällen; im akuten Stadium starben 44 = 5,5%, davon 17 ohne Operation.

Noll (Hanau). Zugegebenermaßen sterben von den an Appendicitis Erkrankten innerhalb der ersten 8—14 Tage noch eine beträchtliche Anzahl, welchen durch kein Regime interner Behandlung zu helfen ist. Diese erliegen nicht alle einer foudroyanten, allgemeinen, septischen Peritonitis, ein Theil stirbt nach Arrosion einer Vene des Mesenteriolum an Pyämie. Wenn der Procentsatz der hierher gehörigen Fälle herabgesetzt werden soll, so kann das meines Erachtens nur durch die Frühoperation geschehen. Die Fälle zeichnen sich dadurch aus, dass die Erkrankung schon in den ersten beiden Tagen unter schweren Erscheinungen beginnt. Freilich eignen sich solche Fälle nicht für einen weiten Transport per Achse, eher zur Überführung mittels Tragbahre; das kann natürlich kein principieller Grund gegen die Frühoperation sein, wie Herr Hirschberg meint. Dies gehört zu den unvermeidlichen Nachtheilen kleiner Orte den größeren Städten gegenüber. Bisweilen wird man auch, anstatt den Kranken zu transportiren, den Chirurgen zum Kranken holen können.

Riedel (Jena). Man habe behauptet, dass etwa 50% der Appendicitiden operirt werden müssten, 50% keines Eingriffes bedürften. Theoretisch lässt sich leicht etwas konstruiren, in praxi ist es oft unmöglich, besonders im Anfange, leichte und schwere Fälle aus einander zu halten. Er halte es für richtiger, unmittelbar zu operiren; komme dabei mit ein leichter Fall unter das Messer, sei es kein Unglück. Der Betroffene sei wenigstens radikal geheilt, was er bei abwartendem Verhalten nicht gewesen wäre. Nach den letzten Debatten habe sich leider gezeigt, dass die ungünstig beeinflussten Kollegen ihre Fälle nicht mehr in den ersten 24 Stunden, sondern nach etwa 24mal 6 Stunden in die Klinik senden.

Körte (Berlin). Während man vielen Fällen sofort ansehen könne, dass sie ohne Weiteres operirt werden müssten, falle in anderen die Entscheidung sehr schwer. Die anatomische Diagnose können wir im Anfange nicht sicher stellen; man solle überhaupt keine allgemeinen Regeln geben, sondern von Fall zu Fall entscheiden.

Sprengel (Braunschweig) wirft den Anhängern der konservativen Methode vor, dass sie sich von der Allgemeinheit beeinflussen ließen. Innerhalb 24 Stunden sei die Operation ungefährlich, ohne dass er sie unterschätze, und man habe eine feste Grundlage. Wir brauchten den Kranken nur sogleich zu sagen, dass die Appendicitis eine Phlegmone sei. Der Transport sei nicht zu fürchten.

Rehn (Frankfurt) ist in der glücklichen Lage, bei Appendicitis meist sofort zugezogen zu werden; er kann daher sehr früh operiren.

Sein Material bestehe dem Anscheine nach aus schwereren bezw. andersartigen Fällen als das von Kümmell. Unverständlich seien ihm die Rotter'schen Zahlen von diffuser Peritonitis und ihrer Heilung. Wenn er z. B. im Douglas öffne, woher wisse er dann, dass diffuse Peritonitis vorgelegen habe?

Rotter. Aus den klinischen Erscheinungen.

Rehn. Wo er klinisch eine diffuse Peritonitis annehme, mache er eine breite Öffnung in den Leib. **Christel** (Metz).

---

48) **Kelling** (Dresden). Über den Mechanismus der akuten Magendilatation.

Redner hat eine Anzahl Versuche an Leichen vorgenommen über die Ursache der post-operativen Magendilatation. Es ergab sich, dass bei manchen Individuen ein passiver Klappenverschluss an der Cardia und am Duodenum besteht. Demnach kann maximale Dehnung des Magens mit der Unmöglichkeit einer spontanen Entleerung zu Stande kommen einerseits durch brüske Überfüllung des Magens (grobe Diätfehler), andererseits durch Hemmung der Magenentleerung. In letzterer Weise wirkt die Narkose (Herabsetzung der Motilität), Gallensteinoperationen (lokale Peritonitis am oberen Duodenum), stark schnürende Bandagen (Gipskorsett). Prädisponirend ist die Gastroptose. Ferner kann akute Dilatation entstehen durch Hindernisse im unteren Duodenum oder oberen Jejunum bei Klappenverschluss der Cardia; hier steht der arterio-mesenteriale Verschluss im Vordergrunde. Nicht alle Fälle, bei denen der Dünndarm im kleinen Becken gefunden wird unter Anspannung seines Mesenteriums, verdanken dem Herabsinken des Dünndarmes ihre Entstehung. Es liegt auch häufig eine Art Kombinationsileus vor, indem der primär erkrankte und überdehnte Magen den Dünndarm ins kleine Becken hineindrückt. Für die Therapie ist es wichtig, in jedem Falle die Diagnose zu stellen, ob es sich um eine einfache Abknickung des Duodenums handelt, oder um andere Hindernisse im Darme. Zu diesem Zwecke muss man nach der Entleerung des Magens mit der Sonde durch interne Maßnahmen einen mit frischer Galle gefärbten Stuhl zu erzielen suchen. Bestehen Hindernisse weiter, so muss operirt werden. Die Hindernisse müssen beseitigt werden. Man darf sie nicht mit der Gastroenterostomie umgehen. Gegen die allgemeine Anwendung der Gastroenterostomie bei akuter Dilatation spricht sich Redner energisch aus. Für Ernährungszwecke sei die Jejunostomie entschieden vorzuziehen, da die Gastroenterostomie nur Galle und Pankreassaft in den kontraktionsunfähigen Magen hineinleite. Gegen arterio-mesenterialen Verschluss ist das Einfachste, zum Schlusse der Operation das kleine Becken auszutamponiren. (Selbstbericht).

---

49) **Borchard** (Posen). Beiträge zur Gastrostomie.

B. sah unter 11 Fällen 2 an akuter Magendilatation zu Grunde gehen. Die lange Zeit unthätige Magenmuskulatur war nicht mehr im Stande, die gleich von der Stunde der Operation an eingeführten Speisen weiter zu befördern. Hierzu kam eine überaus reichliche Sekretion, so dass der stark gefüllte, an seinen tiefsten Stellen papierdünne Sack bei der Sektion wie ein schlaffer Beutel bis unter den Nabel hing und durch sein Gewicht die Magenwand in der Gegend der Fistelöffnung stark an einander drückte und so die Passage zum Pylorus völlig verlegte. Lüftete man den Sack, so wurde die Passage wieder frei. Die Ausdehnung und Verdünnung des Magens reichte nur bis zu der in angemessener Entfernnng vom Pylorus angelegten Fistel. Es ist die Behinderung der Passage ähnlich zu erklären wie beim sog. arterio-mesenterialen Darmverschlusse, wo wohl auch die Dilatation und Anfüllung des Magens das Primäre und die Abklemmung an oben genannter Stelle das Sekundäre ist. Der Zug des angefüllten Fundus reicht naturgemäß bis zur nächsten in ihrer Beweglichkeit gehemmten oder fixirten Stelle, d. i. bis zur Anheftung des Magens an die Bauchwand bei der Gastrostomie oder der Durchtrittsstelle der Art. mes. sup. bei arterio-mesenterialem Verschlusse. Der Beginn dieser Komplikation zeigt sich nach Gastrostomie durch das Gefühl von Druck und Völle im Leibe, da Erbrechen naturgemäß fehlen muss. Durch Ausheberung des Magens, vorsichtige Einführung von Speisen nach einer absoluten Ruhezeit des Magens von ca. 24 Stunden kann man, wie es Verf. auch in einem Falle gelungen ist, die Erscheinungen koupiren. Ferner ist es rathsam, die Magenöffnung möglichst weit vom Pylorus anzulegen, da dadurch bei einer event. akuten Dilatation der schlaffe Sack nicht so groß werden resp. überhaupt nicht zu Stande kommen kann.

Die Schlussfähigkeit der nach einer Kombination der Witzel-Hacker'schen Methode angelegten Magenfistel war eine absolute; alle übrige Pat. lebten noch Monate nach der Operation, einer $^3/_4$ Jahr. In einem Falle hatte sich die Passage durch den Ösophagus so gut wieder hergestellt — geringere diesbezügliche Besserungen wurden öfters beobachtet —, dass bei der Pat., die die Ernährung durch die Fistel ganz aufgegeben hatte, nach 3 Monaten eine zweite Gastrostomie nöthig war. (Selbstbericht.)

---

50) **M. Schmidt** (Cuxhaven). Über Hyperemesis lactentium, ihr Verhältnis zur »kongenitalen hypertrophischen Pylorusstenose« bezw. zum Pylorospasmus und ihre chirurgische Heilbarkeit durch Überdehnung des Pylorus.

Auf dem vorigen Kongresse berichteten Weber und Löbker über von ihnen durch Gastroenterostomie geheilte Fälle von sog. »kongenitaler hypertrophischer Pylorusstenose«, woran anschließend

Löbker behauptete, nur jene Operation sei zur Behandlung des fraglichen Leidens ausreichend, schonendere Eingriffe, insbesondere Pylorusdehnungen, seien hierzu nicht im Stande. Mittlerweile haben aber Nicoll und Vortr. je einen analogen Fall durch starke Überdehnung zur Heilung gebracht, wodurch auf die Ätiologie des Leidens ein klärendes Licht geworfen und die Annahme einer organischen, reell anatomischen Pylorusstriktur schwankend gemacht wird.

Das klinische Charakteristicum der fraglichen erst seit der Mittheilung von Hirschsprung 1887 näher bekannt gewordenen und gewürdigten Säuglingserkrankung besteht in anhaltendem, wochenlang dauerndem Erbrechen mit Stuhlanhaltung, einer Art von stomachalem suproduodenalem Ileus, was man, ohne die ätiologische Frage zu berühren, als eine Hyperemesis lactentium bezeichnen kann. Nachdem 1896 von Schwyzer eine chirurgische Therapie vorgeschlagen, sind bei der Krankheit 8 Gastroenterostomien vollzogen mit 4 Heilungen und 4 Exitus; ferner eine tödlich verlaufene Pyloroplastik.

Anatomisch ist die stenosirende Pylorushypertrophie als 2 bis 2,5 cm lange und ca. 12—21 mm dicke Verhärtung beschrieben mit mikroskopisch nachgewiesenen Hypertrophiemerkmalen. Doch zeigte nur ein gewisser Theil der Präparate Lichtungsverminderung auf ca. 1—$1^{1}/_{2}$ mm, in anderen bestand eine Pylorusdurchgängigkeit für mittelstarke Sonden, für Bleistifte, selbst für einen Finger. Klinisch wurde in den Fällen außer der Hyperemesis sichtbare Magenperistaltik, Magenerweiterung, hier und da auch Fühlbarkeit der Pylorusverhärtung nachgewiesen.

Die Annahme einer organischen reellen Verengerung wurde namentlich von Pfaundler, Assistent der Escherich'schen Klinik in Graz, energisch kritisch bekämpft. Er erklärte die vermeintlich hypertrophischen Pylori einfach als in Kontraktion befindliche, muskelgesteifte sog. »systolische« Organe, die man auch bei Sektionen von Kindern ohne voraufgegangene Hyperemesis antreffen kann. Nach ihm beruht also die Erkrankung auf einem hartnäckigen Pylorospasums. Neubauer vertritt dieselbe Ansicht.

Das von Nicoll operirte Kind stand in seiner 6. Lebenswoche. Nach Fensterung des Magens wurde der Pylorus mit einer durchgeführten Kornzange so weit gedehnt, bis die Serosa zu platzen anfing. Vortr. operirte sein Patientchen, das am 22. Oktober 1900 geboren und im Gewicht auf 3440 g herabgegangen war, am 18. December 1900. Der Pylorus war ca. haselnussgroß, derb anzufühlen und erwies sich nach Fensterung der vorderen Magenwand für Charrière 15 durchgängig. Er wurde dann so weit dilatirt, dass Charrière 15 und 16 zusammen durchgeführt werden konnte. Naht etc. Die Temperatur stieg am Operationsabend auf 39°, blieb dann normal. Nur wenige Male trat noch Erbrechen ein, dann völlige Genesung und ungestörtes Weitergedeihen des Kindes, eben so wie in dem Nicoll'schen Falle.

Vortr. glaubt, dass die als Pylorushypertrophie beschriebenen »Tumoren« einem Kontraktionszustande von Pylorus plus Antrum pyloricum entsprachen. Das letztere zeigt nach Retzius häufige Variabilität in Form und Entwicklung. Es mag sein, dass Pylori mit stärker entwickelter Muskulatur bei Säuglingen mehr zu spasmodischer Erkrankung prädisponirt sind. Als Analoga für den Pylorospasmus können der Blepharospasmus, der Vaginismus und der Tenesmus ani herangezogen werden; auch sie werden durch Dilatation geheilt. Wie bei ihnen, wirkte vielleicht auch bei den Pat. von Nicoll und Schmidt die Pylorusdehnung dadurch heilsam, dass sie ein reflektorisch krampferregendes Moment (Erosion, festgeklemmtes Milchgerinnsel?) beseitigte.

Von Wichtigkeit ist, die Lichtungsmaße des Pylorus in den verschieden Säuglingsaltern zu kennen. Pfaundler hat in zahlreichen Sektionen diese verschiedenen Pylorusumfänge ausgemessen, die leicht durch Division mit π in den Pylorusdurchmesser umzurechnen sind. Danach beträgt der Pylorusdurchmesser zur Zeit der Geburt 6,3 mm entsprechend Charrière 19, am Ende des ersten Lebensmonates 7 mm, entsprechend Charrière 21. Dann wird mit jedem Monate die nächstfolgende Nummer Charrière durchgängig. S. schlägt vor, einen Säuglingspylorus in den ersten Monaten, wie in seinem eigenen Falle, auf ca. Charrière 24—29 zu dilatiren, d. h. auf die Pylorusweite eines 4—9 Monate alten Kindes.

S. resümirt:

1) Die vernichtende Kritik Pfaundler's über die sog. »angeborene, hypertrophische Pylorusstenose« der Säuglinge hat durch die zweimalige glückliche chirurgische Behandlung des übermäßigen oder unstillbaren Säuglingserbrechens (»Hyperemesis lactentium«) mittels Überdehnung des Pylorus eine kräftige Stütze erhalten.

2) Gegen interne Behandlung renitente Fälle von Hyperemesis lactentium, die chirurgische Intervention erfordern, sind (wenigstens zunächst) mit Überdehnung des Pylorus, nicht mit Gastroenterostomie zu behandeln. Die Dehnung darf nicht unbegrenzt übertrieben werden und hat die normalen Pylorusdurchmessergrößen für die verschiedenen Säuglingsaltersstufen zu berücksichtigen.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Loebker (Bochum) bestreitet, dass Schmidt's Fall identisch sei mit den von ihm selbst im vorigen Jahre besprochenen Fällen. L.'s Präparate bestätigen ihm die Richtigkeit seiner Auffassung. Bei denselben handelt es sich um röhrenförmige Verdickung der Muscularis pylori bei normaler Mucosa und Serosa. Es giebt hiernach wirklich eine hypertrophische Pylorusstenose. Das Erbrechen der Säuglinge wird nicht allein durch die Stenose, sondern auch durch eine abnorme Funktion des Pylorus bedingt. In seinen Fällen war übrigens nicht die Hyperemesis an sich, sondern das Fehlen jeg-

licher Fäces das charakteristische Symptom. Dies bildet auch die Indikation zum operativen Eingriffe. Bei Annahme eines bloßen Spasmus pylori, wie Schmidt will, würde L. die Operation nicht für indicirt halten.

Jaffé (Hamburg).

---

51) **Kelling** (Dresden). Ein in physiologischer Beziehung bemerkenswerther Fall von Magenresektion.

Bei einer 48 jährigen Frau hat Redner wegen Krebs eine ausgiebige Magenresektion ausgeführt und gleichzeitig mehrere große Gallensteine entfernt. Es wurde Verschlussnaht des Magens und Duodenums ausgeführt und eine Magen-Dünndarmfistel mit dem Murphyknopfe in 30 cm Entfernung vom Zwölffingerdarme angelegt. Wegen der Tamponade, die sich durch die Gallensteinoperation nöthig erwies, ging die Verschlussnaht des Duodenums auf. Es kamen nun bei jeder Nahrungsaufnahme die vom Magen durch die Fistel geschobenen Speisen rückläufig hier heraus. Daraus folgt, dass der Darm bei einer Gastroenterostomie wenigstens 60 cm rückläufig füllbar ist. Es gelang, die Fistel zum Verschluss zu bringen. Pat. ist geheilt und hat in 5 Monaten 20 Pfund an Gewicht zugenommen. (Demonstration.)

(Selbstbericht.)

---

52) **Ph. Ahrens** (Bonn). Über einen Fall von fötaler Inklusion im Mesocolon ascendens.

In der Bonner Kgl. chirurgischen Klinik wurde am 7. November 1900 von Herrn Geh.-Rath Schede ein durch seine schwierige Diagnose, glücklichen Ausgang der Operation und seltenen pathologischen Befund gleich interessanter Fall operirt. Ein sonst gesund gewesenes kräftiges und blühend aussehendes junges Mädchen von 17 Jahren hatte schon in frühester Jugend einen abnorm dicken Leib gehabt bis zu ihrem 8. Jahre und hatte desswegen auch in ärztlicher Behandlung gestanden. Von da an bis zum April 1900 war sie vollständig normal und unterschied sich in ihrer äußeren Form in nichts von anderen Mädchen ihres Alters. Erst jetzt vor einem Jahre trat wieder ein Stärkerwerden des Leibes auf und nahm rasch beängstigend zu. Desswegen suchte Pat. die chirurgische Klinik auf. Bei der Aufnahme fand man im rechten Hypochondrium einen großen cystischen Bauchtumor von über Mannskopfsgröße, von der Gestalt einer Niere, mit dem Hilus nach oben und von ziemlich großer Beweglichkeit. Im Urin war Eiweiß und Eiter. Man stellte desshalb die Diagnose auf eine offene Pyonephrose, und zwar, da das Colon ascendens nicht, auch nicht durch Aufblasen vom Mastdarme her, über der Geschwulst nachzuweisen, und da dieselbe verhältnismäßig recht beweglich war, auf eine Pyonephrose einer kongenitalen Wanderniere. Man war aber nicht wenig erstaunt, als bei der während der Operation mittels schrägen Flankenschnittes stattfindenden Punktion des zum Theil losgelösten und zur Wunde heraus

gezogenen Cystensackes sich eine blutige dicke Flüssigkeit ergab und man schließlich einen in die Blätter des Mesocolon ascendens sich hineinentwickelt habenden geschlossenen, 4 Liter dieser Flüssigkeit enthaltenden dickwandigen Sack von der Gestalt eines großen dilatirten Magens mit einem 26 cm langen Darmanhange herauspräparirte. Die mikroskopische Untersuchung ergab in der That, dass es sich um das Unikum einer zweiten gesonderten, selbständigen Magen-Darmanlage handelte, welche aber noch nicht völlig differenzirt war, sondern in ihrer Schleimhautschicht zwar alle Elemente der Magen-Darmschleimhaut mit deren specifischen Produkten, Säure und Pepsin, wie die chemische Untersuchung nachwies, trug, aber in wirrem Durcheinander mit Epithelien, wie sie sonst nur in anderen Organen vorkommen, so mit Flimmerepithelien, Plattenepithelien und kubischen Epithelien. Diese letzteren stammten noch aus der Zeit des bis zur 4. fötalen Lebenswoche persistirenden »primären Magen-Darmschlauches«, welcher außer Magen und Darm auch noch Lunge, Bronchien, Luftröhre, Ösophagus und Thymusdrüse in sich begreift. In dieser bigerminalen doppelten Magen-Darmanlage war es nun, was die Sache noch über alle Maßen interessant machte, durch breite Geschwürsbildungen zu starker, 4 Liter betragender Blutung gekommen. Die Geschwüre ihrerseits waren dadurch entstanden, dass der Magensaft nicht in den mit specifischen Magenepithelien resp. -Drüsen, welche gegen den Angriff des Magensaftes im gesunden Zustande ja gefeit sind, sondern in den mit Platten- und Flimmerepithelien austapezirten Partien der Cyste die Schleimhaut leicht arrodirte und so richtige peptische Geschwüre erzeugte. Die Heilung der großen Höhlenwunde kam unter Tamponade in kurzer Zeit glatt zu Stande. Nach 4 Wochen wurde die Pat., wieder blühend aussehend, nach Hause entlassen. Der Umstand, dass sie in ihrer Jugend schon einmal eine solch starke Anschwellung des Leibes, und zwar 8 Jahre hindurch, gehabt hatte, legt die Vermuthung nahe, dass sie schon damals in ihrem Zwillingsmagen peptische Geschwüre mit starker Blutung oder starker Magensaftproduktion oder mit beiden zusammen gehabt habe, dass dann aber vom 8. bis 16. Lebensjahre die Geschwüre wirklich ausgeheilt waren, bis mit der Pubertätszeit die specifischen Elemente der Magenschleimhaut wieder eine intensivere Produktionsfähigkeit erhielten, wodurch es dann zum 2. Male zu Magengeschwüren, enormer Blutung und zu der abermaligen starken Ausdehnung des Leibes kam. (Selbstbericht.)

---

53) **F. Franke** (Braunschweig). Über die Exstirpation des krebsigen Pankreas.

Nach einem Hinweise auf die noch geringe Entwicklung der Chirurgie der Pankreasgeschwülste, bei denen es sich freilich in der Hauptsache fast nur um Krebs des Kopfes handelt, während bisher

meist nur größere Sarkome des Schwanzes oder Körpers exstirpirt wurden, berichtet F. über seine Erfahrungen, die sich auf 4 Operationen wegen Pankreaskrebs erstrecken. Im 1. und 2. Falle handelte es sich um Krebs des Körpers und Schwanzes, in den beiden anderen um Krebs des Kopfes. Bei dem 1. Pat., bei dem vor der Operation die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Pankreaskrebs gestellt war, wurde eine partielle Resektion vorgenommen; der Kranke starb 15 Tage später an einer Nachblutung. Bei dem 2. hatte die Diagnose auf Krebs der Cardia oder Speiseröhrendivertikel gelautet, da er fast alles Genossene wieder erbrach, und die Schlundsonde nur bis zur Cardiagegend drang. Die Operation, welche in Resektion des Pankreasschwanzes und -Körpers bis in den Kopf bestand, zeigte, dass der Schwanz des Pankreas mit der Cardia und unterstem Ende der Speiseröhre verwachsen war, dieses nach rechts verzogen und dadurch abgeknickt hatte. Der Kranke erlag einer sekundären Infektion, die zu subphrenischem Abscess und allgemeiner Peritonitis geführt hatte, am 17. Tage nach der Operation. Bei dem 4. Kranken, bei dem die Diagnose zwischen Magen- und Pankreaskrebs schwankte, blieb es bei einer Probelaparotomie, da der Krebs des Pankreaskopfes schon auf die Leber übergegriffen hatte. Der Kranke verließ das Krankenhaus ungebessert.

Der 3. und interessanteste Fall betraf eine Dame von 68 Jahren, bei der $1^1/_2$ Jahre zuvor wegen narbiger Pylorusstenose die Magenresektion nach Kocher vorgenommen war. Das von der Kranken selbst zuerst bemerkte Pankreascarcinom imponirte wegen seiner Verschieblichkeit und der geringen subjektiven und objektiven Beschwerden als Carcinom an der Resektionsstelle des Magens. Es saß im Kopfe des Pankreas, Magen etc. waren völlig frei, Mesenterialdrüsen nicht deutlich geschwollen. Bei der schwierigen Totalexstirpation des Pankreas wurde die V. lienalis 2mal angeschnitten, aber mit Erfolg sofort genäht. Der Verlauf nach der Operation war gut, Heilung erfolgte per primam. Vom 5. bis zum 18. Tage bestand Glykosurie (bis zu 3% Zucker im Urin), Fettstühle und sonstige Ausfallserscheinungen fehlten. $5^1/_2$ Monate später erfolgte der Tod in Folge von Krebs der Mesenterialdrüsen.

Es ist durch diese Totalexstirpation des Pankreas ihre Möglichkeit bewiesen und außerdem festgestellt, dass sie beim Menschen wenigstens nicht mit Nothwendigkeit dauernden und zum Tode führenden Diabetes oder andere Ausfallserscheinungen zur Folge hat.

Bezüglich der Symptomatologie des Pankreascarcinoms hebt der Vortr. hervor, dass für eine frühzeitige Diagnose die von den Internen aufgestellten Anhaltspunkte für den Chirurgen nicht in Betracht kommen, da sie eine Frühdiagnose nicht ermöglichen, dass aber eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose möglich ist, und wenigstens Verdacht auf Carcinom des Pankreas erweckt werden muss durch das Auftreten zweier Erscheinungen: heftige Schmerzen in der Tiefe des Epigastriums, die sich bei sonst gesundem Magen häufig an die Nah-

rungsaufnahme anschließen, und rasch zunehmende Abmagerung. Zur Sicherstellung der Diagnose empfiehlt Vortr. zeitige Vornahme der Probelaparotomie. Bei vorgeschrittenem Carcinom (Ikterus) ist nur eine Palliativoperation möglich (Cholecystotomie, Cholecystenterostomie). Bezüglich der Technik erwähnt Vortr., dass er in seinen Fällen durch das Omentum minus eingegangen ist.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Körte (Berlin) wollte bei einem Kranken mit starker Gallenstauung die Cholecystoenterostomie ausführen und fand dabei eine apfelgroße Geschwulst im Pankreas mit kapselähnlicher Umgrenzung. Er glaubte sie ausschälen zu können, wobei heftige Blutung aus der Tiefe eintrat, die schließlich auf Tamponade stand. Gleichwohl erlag der Pat.

In Fällen von Pankreasnekrose kann Diabetes noch recht spät auftreten, wofern noch ausreichend Gewebe erhalten bleibt.

Hildebrand (Basel) fragt an, ob in einem Falle Franke's sämmtliches Pankreasgewebe entfernt worden sei.

Franke (Braunschweig) hat zwar bei der Exstirpation einen fettähnlichen Körper gesehen, der als Nebenpankreas angesprochen wurde. Die Autopsie musste in seiner Abwesenheit vorgenommen werden; an dem aufbewahrten Präparat sei nichts von Pankreas zu erkennen gewesen.

Christel (Metz).

---

54) **F. Bessel-Hagen** (Charlottenburg). Über plastische Operationen bei vollkommenem Verluste der Hautbedeckungen am Penis und Scrotum.

Durch eigene Beobachtungen hat sich dem Vortr. die Ansicht bestätigt, dass bei denjenigen Pat., welche durch Verletzung oder Gangrän die Hautbedeckungen am Penis, am Scrotum und Mons Veneris verloren haben, eine operative Behandlung als erforderlich zu erachten ist. Hierdurch kann ein funktionell befriedigendes Resultat erzielt werden, während die Spontanheilung den Penis, durch Zurückziehung desselben hinter die Symphyse, als Geschlechtsorgan untauglich macht.

Nach den bisher bekannt gewordenen Erfahrungen eignet sich für den plastischen Ersatz der verloren gegangenen Hauttheile, sobald das Scrotum erhalten ist, am besten die Überpflanzug einfach oder doppelt gestielter Lappen aus der Scrotalhaut. Über einen derartigen von dem Vortr. operirten Fall wird an anderer Stelle berichtet werden.

Sehr viel schwieriger gestaltet sich dagegen die Aufgabe der Operation, wenn die Scrotalhaut gleichfalls zerstört und daher nicht mehr zur Transplantation zu benutzen ist. In einem solchen Falle wählte der Vortr. ein von den früheren, unglücklich verlaufenen Versuchen abweichendes Operationsverfahren.

So weit das Scrotum in Betracht kam, lagen die Verhältnisse für die Operation günstig. Die Anfangs völlig entblößten Testikel hatten sich hochgezogen, und der kleine, nur einen 1 cm breiten Streifen bildende Rest der Scrotalhaut hatte sich mehr und mehr durch Heranziehung der Nachbarhaut von der Innenfläche der Oberschenkel her über die Testikel hinweggeschoben, so dass es mit einer einfachen Plastik gelang, die Deckung zu vervollständigen.

Eben so gelang es leicht, den stark geschrumpften Penis durch Loslösen von der Symphyse wiederum zu verlängern.

Dagegen verursachte die Umhüllung des Penis große Schwierigkeiten. Hier verwendete der Vortr. die Bauchhaut, und zwar in der Weise, dass er den Penis nach Bildung eines quer gestellten, handbreiten Brückenlappens oberhalb der Symphyse unter demselben hindurchzog, mit einem permanenten Katheter versah und zunächst an seiner Scrotalseite mit dem Bauchwandlappen zur Vereinigung brachte. Erst 10 Tage später wurden dann die Seitentheile des Brückenlappens losgelöst und um den Penis herumgeschlagen. Zugleich musste aber auch für die Folgezeit im Bereiche des Bauchwanddefektes eine störende Narbenschrumpfung und damit auch die Ausbildung einer ungünstigen Penisstellung verhütet werden; es wurde daher durch eine weitere Lappenplastik der Peniswurzel eine feste Stütze gegeben.

Im Wesentlichen gelang dieses Verfahren. Nur machten kleine Randnekrosen an der Ventralseite des Penis Nachoperationen erforderlich.

Das Endresultat der Behandlung war ein vollkommen gutes, sowohl hinsichtlich des Scrotum als auch hinsichtlich des Penis, dessen Länge nunmehr in schlaffem Zustande $9^1/_2$ cm betrug und dessen Funktion als Geschlechtsorgan wieder tadellos hergestellt war.

Diese Beobachtung lehrt demnach, dass man unter ähnlichen Umständen nicht zu schnell mit der Bergung der Testikel unter die Bauchhaut oder die Oberschenkelhaut, wie das anderwärts versucht worden ist, vorgehen soll. Sie beweist ferner, dass selbst in solchen Fällen, in denen die Scrotalhaut zur Plastik nicht mehr verwendbar ist, doch noch eine gute und in funktioneller Hinsicht durchaus befriedigende Heilung mit Hilfe eines aus der Bauchhaut gebildeten Brückenlappens möglich ist. (Selbstbericht.)

---

55) **Goldmann** (Freiburg i/B.). Zur Behandlung der Prostatahypertrophie.

Frühere Untersuchungen, die der Vortr. angestellt hat, um die Ursache zu ergründen, warum von einer suprapubischen Fistel aus (nach Punctio vesicae und Sectio alta) der Katheterismus posterior so leicht gelingt, hatten ergeben, dass durch die Fixation der Blase an der vorderen Bauchwand ein Zug an der vorderen Blasenwand ausgeübt wird, und dass es hierdurch zu einer Entfaltung resp. zu

einer Erweiterung der inneren Harnröhrenmündung kommt. Um die Gestaltsveränderungen der inneren Harnröhrenmündung unter solchen Umständen näher kennen zu lernen, hat er an Leichen älterer Männer Versuche derart angestellt, dass er einen möglichst tiefen, von Peritoneum entblößten Abschnitt der vorderen Blasenwand mit der vorderen Bauchwand vernähte. Hiernach zeigte sich an geeignet fixirten Präparaten, dass die innere Harnröhrenmündung erweitert war und jene Form angenommen hatte, die Waldeyer in seiner Monographie über das Becken als charakteristisch für eine erweiterte innere Harnröhrenmündung bei überfüllter Blase abgebildet und beschrieben hat. Die bei der Prostatahypertrophie so häufig eintretende Hypertrophie der Blasenmuskulatur führt auch zu einer Hypertrophie der Längsbündel, die in der vorderen Mittellinie der Blasenwand verlaufen. Solche Muskelbündel können geradezu als Leitstränge für einen an der vorderen Blasenwand ausgeübten Zug wirken.

Von der Bedeutung eines derartigen Zuges an der vorderen Blasenwand hat der Vortr. sich in zwei Fällen von Prostatahypertrophie überzeugen können, in denen nach längere Zeit voraufgegangenen chronischen Harnretentionen eine akute Harnretention sich eingestellt hatte. In beiden Fällen ist eine temporäre Fistel oberhalb der Symphyse durch Punktion angelegt worden. Nach Schluss derselben blieben die Beschwerden dauernd beseitigt.

In dem einen Falle (84jähriger Pat.), der $2^1/_4$ Jahre nach der Operation an Myokarditis zu Grunde ging, zeigte die Autopsie, dass die Blase an der Punktionsstelle fest und breit mit der vorderen Bauchwand verwachsen war. Die Blase befand sich in antevertirter Stellung, die innere Harnröhrenmündung war erweitert. Die Größe des Zuges an der vorderen Blasenwand ließ sich aus der Entfernung der Punktionsnarbe von der inneren Harnröhrenmündung, die 8 cm betrug, ermessen. Die hintere Blasenwand verlief gestreckt, eine Ausbuchtung derselben nach dem Promontorium zu war eben so wenig wie eine Divertikelbildung an derselben bemerkbar, trotzdem die Prostata besonders in ihrem mittleren Lappen stark hypertrophisch war und stark gegen die Blasenhöhle prominirte.

Auf Grund seiner anatomischen und klinischen Erfahrungen empfiehlt der Vortr. in Fällen von Prostatahypertrophie, in denen chronische Urinretentionen sich eingestellt haben und in denen das sog. 2. Stadium von Guyon nicht überschritten ist, in denen also eine Degeneration der Blasenmuskulatur nicht vorhanden ist, eine Cystopexie. Er verspricht sich von einer solchen Vornähung der vorderen Blasenwand an die vordere Bauchwand 1) eine Fixation der Blase in einer für die Urinentleerung günstigen Stellung, 2) eine Erweiterung der inneren Harnröhrenmündung, 3) die Behinderung der Divertikelbildung an der hinteren Blasenwand.

Ein Vorzug der Methode liegt in ihrer Ungefährlichkeit; extravesikale Infektion durch Urin, intravesikale durch Instrumente bleibt dabei ausgeschlossen.

Da Waldeyer und Disse sicher nachgewiesen haben, dass die Gegend der inneren Harnröhrenmündung durch ihre anatomische Fixation fast unverschieblich ist, so muss ein an der vorderen Blasenwand ausgeübter Zug die innere Harnröhrenmündung ausziehen. Die vordere Blasenwand hat nach Stubenrauch eine größere Zugfestigkeit als die hintere; die Gefahr der Blasenruptur ist daher auch bei der Operation kaum zu befürchten. Der Vortr. behält sich eine genauere Berücksichtigung der Litteratur für seine in den »Beiträgen zur Chirurgie« demnächst erscheinende Arbeit vor.

Er erläuterte seine Ausführungen an anatomischen Präparaten.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Rydygier (Lemberg) hebt hervor, dass die Mehrzahl der in seine Klinik zur Operation aufgenommenen Fälle von Prostatahypertrophie in der Vorbereitungszeit bei ruhiger Bettlage, Diät, regelmäßig 3mal täglich vorgenommenem Katheterismus mit nachfolgender Ausspülung der Blase so weit heilen, dass sie häufig zur Vornahme einer Operation ihre Einwilligung verweigern.

In einigen Fällen giebt die Bottini'sche Operation vorzügliche Resultate.

In anderen Fällen dürfte sich die von R. schon im Juli v. J. auf dem Kongresse in Krakau empfohlene intrakapsuläre Ausräumung der Prostata empfehlen. Da es sich in diesen Fällen meist um alte und dekrepide Individuen handelt, so wird man diesem schonenderen Verfahren den Vorzug vor den früher vorgeschlagenen eingreifenderen Exstirpationen und Resektionen der Prostata geben müssen: Von einem Perinealschnitte wird die Prostata frei gelegt, ihre Kapsel eingeschnitten und auf halbstumpfem Wege das Drüsengewebe aus der Kapsel, so weit es nöthig und möglich ist, so zu sagen exkochleirt. R. wird über das Verfahren, das wirkliche Vorzüge zu besitzen scheint, nach gewonnener reichlicherer Erfahrung des genaueren berichten.

Was die Cystopexie anbetrifft, so macht R. darauf aufmerksam, dass sein früherer Assistent v. Kryński schon im Jahre 1896 dieses Verfahren empfohlen hat. (Selbstbericht.)

---

56) **Loewenhardt** (Breslau). Zur Behandlung der Blasengeschwülste.

Da sich außer der größeren Publikation von Nitze bisher in der Litteratur nur äußerst spärliche Angaben über die Vornahme von endovesikalen Operationen von Blasengeschwülsten vorfinden, und es sich auch sonst bestätigt, dass unter den Chirurgen eine gewisse Opposition gegen diese Methode besteht, berichtet L. über Beobachtungen, welche in technischer Hinsicht zur Würdigung des genannten Verfahrens beitragen. Es wird besonders zu Gunsten der Sectio alta die bessere Übersicht des frei gelegten Blasenraumes,

so wie die ausgiebigere Behandlung der Insertionsstelle der Tumoren ins Feld geführt, andererseits die technische Schwierigkeit der Handhabung des angeblich komplicirten Instrumentariums, für dessen Gebrauch und Einübung nur Wenigen das Material zur Verfügung steht, hervorgehoben. Die vorherige eingehende Übung am Phantom ist nöthig für jeden sonst mit dem Cystoskop vertrauten Operateur, um mit Erfolg vorgehen zu können. Die neuen Nitze'schen Apparate sind so vollkommen, dass nicht mehr die Hand des Erfinders allein damit reüssirt. Die Unbequemlichkeiten für den Kranken sind vereinfacht, da ein Wechsel der Apparate bei der Vereinigung von Schlinge, Kauter und Spülung an einem und demselben Instrumente selten nöthig wird. Dass eine detaillirtere Übersicht der bei der Cystoskopie entfalteten, mit Wasser gefüllten Schleimhaut besser möglich ist, als bei der nach der Incision kontrahirten Blase, ist eigentlich klar. Einen Beweis erhielt L. in einem Falle, wo bei der Sectio alta eine kleine Zotte trotz der Anwendung des Trendelenburg'schen Lichthebels, welcher eine vorzügliche Übersicht giebt, an der oberen Wand übersehen wurde und nachher cystoskopisch zur Beobachtung kam und intravesikal entfernt wurde. Auch die Verschorfung des Grundes erfolgt bequemer, sauberer und gründlicher mit der breiten Fläche des cystoskopischen Brenners; immerhin dürfte bei dem Verdachte auf Carcinom und etwaige Infiltrationen tieferer Schichten und bei sehr breitbasigem Sitze die Sectio alta noch ihr uneingeschränktes Recht bewahren.

Für die weibliche Harnblase dagegen ist es bei deren leichter Zugängigkeit sicher, dass z. B. die wegen eines kleinen Papilloms am Trigonum vorgenommene Kolpocystostomie nicht mehr im Interesse der Kranken liegt. Trotzdem haben die Gynäkologen nur vereinzelt sich der neuen Methode zugewandt, wie z. B. Kolischer dafür plädirt und Latzko mit seinem vom Cystoskop vollständig getrennten Instrumentarium so vorgeht.

Die Kelly'sche Methode, welche L. seiner Zeit schätzte, ist nicht mehr haltbar, die Dilatation der Urethra überflüssig und nicht ganz ohne Nachtheil.

Der Verzicht auf jegliches allgemeine Anaestheticum, die Möglichkeit, sogleich oder in kurzer Zeit die nicht selten schon durch die Blutverluste geschwächten Pat. zu heilen und nicht bettlägerig zu machen, die geringe Gefahr, welche von der Operation droht (auch L. hat keinen der so behandelten Kranken verloren), müssen dem endovesicalen Verfahren einen weiteren Eingang als bisher verschaffen.

In voller Anerkennung des endovesikalen Verfahrens sind aber nach 3 Richtungen hin Einschränkungen nöthig:

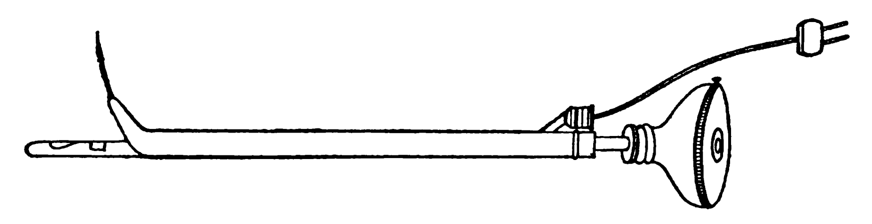
1) betreffend die Recidive und den event. Übergang von gutartigen in bösartige Tumoren. Über letzteren Punkt sind die Akten nicht geschlossen, obwohl a priori eine große Wahrscheinlichkeit (Wendel) dafür besteht. Die von L. operirten 6 Papillome recidivirten in

loco nicht, und in einem Falle, den $1^1/_2$ Jahr vorher Herr Nitze behandelte, war in loco kein Recidiv sichtbar.

2) Anders steht es mit den Schwierigkeiten, welche für manche Pat. immer noch das Kaliber der Instrumente darbietet und bei denen, wenn es auch gerade kein Hindernis ist, eine nicht unerhebliche und auch durch Cocain nicht zu beseitigende hochgradige Empfindlichkeit in Folge der straffen Einführung eintritt, so wie eine gewisse Unbeweglichkeit des Instrumentes selbst durch diese Zwangslage sich einstellt. Dazu kommt meist die Nothwendigkeit, mehrzeitig vorzugehen. Görl berichtet sogar einmal von 32 Sitzungen. Bei einem sehr intoleranten Kranken entschloss L. sich nachträglich zur Sectio alta.

3) Die Allgemeinreaktion ist unter Umständen nicht ganz unerheblich; wenn auch Entzündungen des Hodens, der Prostata, Nierenreizung von L. nicht beobachtet wurden, so doch Urethralfrost und Cystitis und eine recht heftige Blutung.

Diese Verhältnisse machen es erwünscht, dass eine noch weitere Verringerung des Kalibers erreicht werden möge. Wie weit dies bei den von Herrn Kollmann angedeuteten seitlichen Apparaten erreicht ist, weiß L. nicht anzugeben, da noch nichts Näheres darüber publicirt ist.



L. hat seiner Zeit, wie an anderer Stelle veröffentlicht, die Grünfeld'sche endoskopische Methode beim Manne aufgenommen, deren Nachtheile bezüglich der Übersichtlichkeit er klarlegt. Will man aber bei enger Harnröhre noch auf diesem Wege in die Blase hinein, so ist es möglich, damit einen kleinen Tumorpartikel herauszuholen, auch unter der in der Spitze von L. angebrachten Lampe bei Luftfüllung mit Kontrolle des Auges.

Am Orificium internum, wo hin und wieder Papillome sitzen, wie z. B. Kolischer solche, zum Theil in die Harnröhre hineinragend, beschrieb, ist das Nitze'sche Instrument nicht anwendbar und L.s Vorrichtung am Platze.

Für dicht an den Ureterenmündungen sitzende Papillome, wo man kaustisch genau lokalisiren will, hat L. einen Apparat verwendet, der sich ohne Umstände in die gebräuchlichen Ureterencystoskope einführen lässt. Durch den Kanal des Ureterenkatheters wird ein einfacher Brenner geschoben, welcher eben so wie der Katheter auch mit denselben Vorrichtungen, welche diesem die verschiedene Richtung geben, auf einen Punkt eingestellt werden kann. (S. Abb.)

Die Verschorfung des Grundes nach der Entfernung breitbasiger Tumoren pflegt mit dem Paquelin zu erfolgen, so weit nicht excidirt wird. Wegen der Nachtheile in der Handhabung dieses Brenners bezüglich der Blase (ungenaue Lokalisirung, große Hitzeentwicklung etc.) hat L. einen langen Galvanokauter anfertigen lassen nach Art eines bekannten Tonsilleninstrumentes. Er wird ganz ausgekocht und ist exakt zu handhaben.

Elektrische Kabel, welche die Aseptik des Operationsfeldes stören, so wie nicht auskochbare Kautergriffe bereitet L. in einem Glashefen mit Formalin vor.

Schließlich berichtet L. noch über die Beobachtung von 2 Spontanabstoßungen nach Cystitis, ein Kapitel, worüber Desnos 1897 in der französischen Gesellschaft für Urologie ausführlich berichtete.

Die Behandlung einer immer wieder recidivirenden Papillomatose konnte L. mit Argentum (und Tannin) mit sehr gutem Resultate fortsetzen. Diese Methode ist von Herring und H. Thompson inaugurirt, die Koncentration der Lösungen individuell, und ein solches Verfahren ist am Platze, wenn nach operativen Eingriffen zahlreiche Recidive eintreten. Der betr. Pat. wurde von L. 2mal endovesikal und 1mal durch Sectio alta operirt (innerhalb 2 Jahren, ein Jahr vorher von Nitze endovesikal). Die medikamentöse Therapie stillte nicht nur die heftigen Blutungen der zahlreichen Recidive, sondern brachte auch erhebliche Fetzen zur Abstoßung.

(Selbstbericht.)

---

57) **E. Küster.** Die Nierenchirurgie im 19. Jahrhundert. Ein Rück- und Ausblick.

An der außerordentlichen Entwicklung, welche die Nierenchirurgie innerhalb eines Menschenalters durchgemacht hat, kann die deutsche Gesellschaft für Chirurgie einen ganz hervorragenden Antheil beanspruchen; denn nicht nur ist Gustav Simon, der Begründer der Nierenchirurgie, gleichzeitig der Mitbegründer der Gesellschaft, sondern es ist auch eine Fülle von Anregungen und neuen Gedanken von Mitgliedern der Gesellschaft, wie Czerny, Bardenheuer, Hahn und J. Israel, ausgegangen. Deutschland hat nun zwar den Anstoß in dieser Richtung gegeben; allein andere Kulturnationen haben sich gleichfalls in lebhaftester Weise betheiligt. Der Engländer H. Morris gab schon im Jahre 1885 das erste überhaupt geschriebene Lehrbuch der Nierenchirurgie heraus, und nur 4 Jahre später folgte ein zweites von Newman. Auch die Franzosen hatten schon im Jahre 1889 das Lehrbuch von Le Dentu; aber noch viel früher, nämlich im Jahre 1882 hatte Guyon durch Herausgabe der Annales des maladies des organes génito-urinaires und später durch Gründung der Association française d'urologie der ganzen Lehre eine breite wissenschaftliche Basis zu schaffen gewusst. In Italien hat d'Antona, in Dänemark haben Bloch und Rovsing, in Schweden Lennander Vortreffliches geleistet.

Die 3 Jahrzehnte der Entwicklung zeigen 3 Perioden von je einem Jahrzehnt; die Periode des vorsichtigen Tastens, die Periode der naiven Freude an der Operation, endlich die Periode der wissenschaftlichen Vertiefung. Vorwiegend ist es aber die Operation der Nephrektomie, an welcher sich die schrittweise Entfaltung der Lehre am besten verfolgen lässt.

Vor Simon haben zwar schon Wolcott, Spencer Wells und Peaslee Nierenausschälungen gemacht oder zu machen versucht, alle aber auf Grund unrichtiger Diagnose und mit ungünstigem Ausgange. Die im Jahre 1869 von Simon ausgeführte Nephrektomie bleibt daher nicht nur die erste wohlüberlegte und beabsichtigte, sondern auch die erste glückliche Operation der Art.

Zunächst waren freilich die Erfolge sehr mäßig. Der Amerikaner Gross berechnet im Jahre 1885 aus 293 Nephrektomien eine Sterblichkeitsziffer von 44,63 vom Hundert; dagegen hat Redner aus 1146 Operationen mit 287 Todesfällen eine Sterblichkeit von 25,04 vom Hundert festgestellt. Von diesen kommen auf das letzte Jahrzehnt 525 Operationen mit 84 Todesfällen = 16%. Die Operation ist also fast um das Dreifache aussichtsvoller geworden, wie früher. Dies Ergebnis ist zwar zum Theil auf die bessere Technik und die Ausbildung der Wundbehandlungsmethoden, aber mehr noch auf das Eindringen in die pathologischen Vorgänge und auf die Vollendung unserer diagnostischen Hilfsmittel zurückzuführen. In letzterer Beziehung hat die Feststellung der qualitativen und quantitativen Veränderungen des Urins schon vortreffliche Anhaltspunkte geboten, wenn auch nicht zur Entscheidung der Frage, ob ein oder zwei Nieren vorhanden sind, ob beide Nieren gleich oder verschiedenartig erkrankt sind und ob eine übrigbleibende Niere im Stande sein wird, die gesammte Arbeitslast des Stoffwechsels zu übernehmen.

Gerade in dieser Beziehung hat eine Anzahl neuerer Untersuchungsmethoden unsere Kenntnisse sehr weit vorgerückt; dahin gehören die Cystoskopie, der Harnleiterkatheterismus, endlich die Methode der funktionellen Diagnostik: die Gefrierprobe (Kryoskopie) und die Phloridzinprobe. Dennoch bleiben Fälle übrig, in denen alles das noch nicht im Stande ist, uns vollste Sicherheit zu gewähren. Dann steht als letztes Mittel die operative Freilegung und Betastung beider Nieren, und zwar von der Lendengegend her, zu Gebote.

Unter dieser Vervollkommnung der Diagnostik hat auch die Behandlung ungemein an Sicherheit gewonnen; sie ist erheblich konservativer geworden, als dies ursprünglich der Fall war. Das zeigt uns sofort ein kurzer Überblick über die hauptsächlichsten Nierenerkrankungen.

Die Wanderniere stellt nicht nur die häufigste Nierenerkrankung dar, sondern sie spielt auch eine hervorragende Rolle in der Ätiologie anderer Leiden desselben Organes. Sie ist ausschließlich auf akut oder chronisch wirkende Traumen zurückzuführen, welche durch Adduktionsbewegungen der unteren Rippen veranlasst werden.

Die Nephrektomie, welche eine Zeit lang gegen das Leiden zur Anwendung kam, ist mit Recht verlassen; dagegen hat die Nephropexie immer bessere Erfolge erzielt. K. hat nach der von ihm seit Jahren geübten Methode nur noch 6% Rückfälle zu verzeichnen.

Bei den subkutanen Zersprengungen der Niere sollte die Nephrektomie nur noch dann in Anwendung kommen, wenn die Niere in mehrere Bruchstücke zerrissen ist, die kaum noch Zusammenhang haben; sonst wird man die oft heftigen Blutungen durch Naht der Risslinien beziehungsweise Ausstopfung des Nierenbeckens zu beherrschen suchen.

Die eitrigen Processe bedürfen vor allen Dingen einer pathologisch-anatomisch begründeten Namensgebung. K. nennt die den Ausgang der Pyelonephritis bildenden Eiterungen im Nierengewebe Nierenabscess, die im Nierenbecken aufgestauten, stets sekundären Eiterungen Empyem. Als Sackniere, Cystinephrosis, bezeichnet er die durch primäre Stauung entstandenen sackförmigen Geschwülste, welche zunächst ein keimfreies Sekret beherbergen (Hydronephrose), später aber inficirt werden können (Pyonephrose). Diese Dinge müssen scharf aus einander gehalten werden. Treten genannte Leiden als Komplikationen anderer Erkrankungen, der Tuberkulose oder der Steinbildung, auf, so können sie durch ein Beiwort (Pyelonephritis tuberculosa, Cystinephrosis calculosa) gekennzeichnet werden.

Unter den eitrigen Processen spielt die Tuberkulose der Niere die wichtigste Rolle. Es ist kaum mehr zu bezweifeln, dass es eine primäre Nierentuberkulose im pathologisch-anatomischen Sinne nicht giebt; dennoch erfolgen dauernde Heilungen selbst dann, wenn auch die zweite Niere nicht mehr ganz gesund war. Es ist desshalb nur zu billigen, wenn man vielfach begonnen hat die tuberkulöse Niere schonender, als bisher zu behandeln, d. h. an die Stelle totaler in manchen Fällen die partielle Nephrektomie, bezw. die Eröffnung und Ausschabung tuberkulöser Abscesse zu setzen. In sonderbarem Gegensatze dazu steht das Bestreben, selbst auf die Gefahr einer höchst lebensgefährlichen Operation hin der Verbreitung des Leidens durch das gesammte Urogenitalsystem mit dem Messer zu folgen. Wenn man einem solchen Vorgehen auch nicht unbedingt die Berechtigung absprechen kann, so liegt doch kein Grund vor, sich mit der Wegnahme des tuberkulösen Harnleiters zu übereilen. Nicht selten erfolgen nach Beseitigung der Niere vollständige Heilungen und Verödungen des Kanales; und wenn das nicht geschieht, so kann man den Harnleiter wenigstens zu einer Zeit wegnehmen, in welcher die Körperkräfte sich bereits wesentlich gehoben haben. Dagegen dürfte die Wegnahme eines Theiles der tuberkulös erkrankten Blase wohl unter allen Umständen von der Hand zu weisen sein.

Die Diagnose der Steinkrankheit der Harnwege hat durch die Aktinographie eine nicht zu unterschätzende Förderung erfahren. Freilich können bisher mit Sicherheit nur die Oxalate erkannt werden, weniger sicher die Phosphate, am wenigsten die Urate. In-

dessen ist es wahrscheinlich geworden, dass durch kürzere Belichtungszeit es gelingen werde, auch die leicht zu durchstrahlenden Steinarten im Bilde sichtbar zu machen. — Die operative Behandlung der Steine ist verschieden, je nachdem sie im Nierenbecken, oder im oberen, mittleren und unteren Abschnitte des Harnleiters stecken. Im ersten Falle genügt die Nephrotomie, am besten durch den Konvexschnitt der Niere, im zweiten Falle kommt weitgehende Ablösung des Bauchfelles, im dritten endlich ein Vordringen mittels osteoplastischer Kreuzbeinresektion, oder mittels Bauchschnitt in Frage.

In Betreff der Sackniere hat eine sehr ausgesprochene Entwicklung in konservativer Richtung stattgefunden, da die Nephrektomie bis auf seltene Ausnahmsfälle durch konservative Methoden ersetzt ist. Die Erörterungen über diesen Gegenstand haben uns gleichzeitig über die Ätiologie des Leidens ziemlich vollständig aufgeklärt. Die erworbene Sackniere kommt noch etwas häufiger vor, als die auf angeborenen Bildungsfehlern beruhende; und unter den Ursachen der ersteren steht die Wanderniere, welche die größte Zahl aller intermittirenden Sacknieren veranlasst, weitaus im Vordergrunde. Die durch Wanderniere erzeugten wirklichen Knickungen und Klappenbildungen des Harnleiters haben eine große Zahl von Operationsmethoden veranlasst, welche den Inhalt der sog. Harnleiterchirurgie bilden; besonders zu betonen ist aber, dass durch Nephropexie eine beginnende Sackniere geheilt werden kann.

Auch für die Neubildungen ist eine weise Selbstbeschränkung an die Stelle des operativen Enthusiasmus der ersten 2 Jahrzehnte getreten. Die Fortschritte liegen hauptsächlich auf ätiologischem und pathologisch-anatomischem Gebiete. Mehr als der dritte Theil der Nierengeschwülste ist angeboren und geht aus verirrten embryonalen Zellenhaufen hervor. Diese embryonalen Geschwülste kann man nicht einfach als bösartig bezeichnen, da sie oft bis ins hohe Alter hinein eine nur mäßige Entwicklung zeigen. Da sie also wahrscheinlich sämmtlich zunächst ein rein örtliches Übel darstellen, so kann man während dieser ihrer Entwicklungsperiode ihnen auch mit Theiloperationen beikommen, falls sie früh genug erkannt worden sind.

Im Allgemeinen ist für die Nephrektomie der Weg durch die Lendengrube dem durch den Bauch hindurch bei Weitem vorzuziehen; nur für die nicht mehr frei beweglichen Neubildungen erleidet dieser Satz eine Einschränkung.

Überblickt man die Summe der Leistungen auf dem Gebiete der Nierenchirurgie, so gewinnt man den Eindruck, als ob die Hauptarbeit bereits gethan sei. Allein man sollte in solchen Urtheilen immerhin sehr vorsichtig sein. Die Lehre von den Nierenkrankheiten, welche in den 80er Jahren ein rein anatomisch-chirurgisches Gepräge angenommen hatte, ist neuerdings in unverkennbarer Weise wieder mehr auf das physiologisch-medicinische Gebiet hinübergerückt.

Ob bei dieser Frontveränderung nicht noch neue, grundstürzende Veränderungen der ganzen Lehre zu erwarten sind, lässt sich zur Zeit auch nur mit annähernder Sicherheit noch nicht erkennen.

(Selbstbericht.)

---

58) **L. Casper** (Berlin). Zur Methode der funktionellen Nierendiagnostik.

Nach einem Hinweise darauf, dass alle Sachverständigen mit Küster darüber einig sind, dass eine große Zahl der bei Nierenoperationen vorkommenden Misserfolge auf die Unmöglichkeit zurückzuführen sind, vor der Operation über den Zustand und die Funktionskraft der anderen Niere Gewissheit zu erlangen, geht Verf. auf die Fortschritte ein, welche die nierenchirurgische Diagnostik in der neueren und neuesten Zeit gemacht hat.

Für eine vorzunehmende eingreifende Nierenoperation kommt es nicht allein darauf an, ob die andere Niere gesund ist, denn ein Mensch kann auch mit einer kranken Niere leben, sondern vielmehr darauf, ob die andere arbeitsfähig genug ist, um nach Ausschaltung der ersteren die für das Leben unentbehrliche Thätigkeit allein zu übernehmen. Die Arbeitskraft und -tüchtigkeit der Niere misst man an ihrem Arbeitsprodukt, an dem von jeder Niere getrennt und gleichzeitig aufgefangenen Harn. Aus vorhandenem Eiter, Albumen, Cylindern, rothen Zellen, Mikroorganismen ist die anatomische Beschaffenheit des Organs zu ersehen, über die Funktionskraft belehren drei andere Werthe, nämlich die Quantität des in der Zeiteinheit ausgeschiedenen N, die Höhe des Gefrierpunktes und die Quantität des ausgeschiedenen Zuckers, dessen Entstehen künstlich durch eine vorherige subkutane Phloridzininjektion hervorgerufen wird. Die Verhältnisse bezüglich des N sind bekannt, über den Gefrierpunkt ($\triangle$) hat sich schon Kümmell auf dem vorigen Kongresse ausgesprochen. Der Gefrierpunkt misst die molekulare Koncentration einer Flüssigkeit: je größer die Zahl der in einer Flüssigkeit gelösten Moleküle, um so tiefer liegt der Gefrierpunkt unter dem des destillirten Wassers. Je größer also die Zahl der Moleküle, welche die Niere aus dem sie durchströmenden Blute herausgearbeitet hat — mit anderen Worten, je arbeitstüchtiger die Niere, um so tiefer liegt der Gefrierpunkt ihres Harnes unter dem des Wassers. Die Normalzahlen liegen zwischen 1 und 2. — Was das Phloridzin betrifft, so ist das ein Stoff, von dem seit Langem bekannt ist, dass der menschliche Organismus auf seine subkutane Einverleibung mit einer Zuckerausscheidung im Harn reagirt. Und zwar handelt es sich um eine aktive chemische Thätigkeit des Nierenparenchyms. Es steht fest, dass die Niere der Angriffspunkt der Phloridzinwirkung ist, dass ohne Thätigkeit der Nieren die Zuckerausscheidung nicht zu Stande kommt.

Verf. hat nun festgestellt, dass bei Gesunden, sobald man den Harn getrennt und gleichzeitig aus beiden Nieren auffängt, die Werthe für den N, für den Gefrierpunkt und die ausgeschiedenen Saccharummengen auf beiden Seiten immer gleich oder annähernd gleich sind. Hat man es mit einer kranken Niere zu thun, so ist zu beobachten, dass alle 3 Faktoren der kranken Seite gegen die gesunde minderwerthig sind. Wie die kranke Niere weniger N ausscheidet, so arbeitet sie auch Alles in Allem eine kleinere Zahl von Molekülen aus dem Blute heraus; daher ist $\triangle$ geringer, je weniger funktionsfähiges Nierenparenchym da ist, und um so weniger Saccharum wird producirt. Ist das Nierengewebe zum großen Theil zerstört, so findet überhaupt keine Zuckerbildung mehr statt.

Verf. berichtet nun über 12 Fälle, die auf die geschilderte Weise untersucht und danach operirt, bezw. secirt worden sind. In den ersten 10 Fällen handelt es sich um Pat., bei denen Dank der Untersuchung die Nothwendigkeit und Zweckmässigkeit der geplanten chirurgischen Intervention festgestellt wurde. Hieran reihen sich 2 Fälle, in welchen auf Grund der Untersuchungen die Operation unterlassen wurde, und in welchen die Sektion nachträglich die Richtigkeit der Diagnose zeigte. Von den ersten 10 Pat. sind 9 vollständig genesen. Bei dem einen Pat. (Fall 6) verlief die Operation gleichfalls durchaus günstig und brachte auch einen curativen Erfolg, sofern die Beschwerden in Betracht kommen, die von Seiten der rechten Niere, die exstirpirt werden musste, ausgingen. Hier ergab die Untersuchung, dass die linke Niere zwar auch krank ist (Pyelitis), dass die Funktionskraft derselben aber noch als an der Grenze des Normalen angesehen werden darf. Daraufhin wurde die Operation vorgenommen. Dem betreffenden Pat. geht es jetzt gut, wenn er auch in Folge seiner linksseitigen Pyelitis eiterhaltigen Harn entleert.

Zum Schlusse führt Verf. noch 2 Fälle an, die für die Frage der Gesundheit, bezw. Funktionsfähigkeit der sog. anderen Niere von großem Interesse sind. Auch hier bewährte sich die Methode in jeder Beziehung.

Alles in Allem glaubt Verf. auf Grund seines gegenwärtigen umfassenden Materials sagen zu dürfen, dass es durch die neuen Untersuchungsmethoden, vereint mit den alten anerkannten Verfahren, gelingt, eine exaktere Diagnose der Nierenerkrankungen und eine sicherere Prognose für die Nierenoperationen zu gewinnen, als das mit den bisher üblichen Mitteln möglich war. (Selbstbericht).

---

59) **Kümmell** (Hamburg). Praktische Erfahrungen über Diagnose und Therapie der Nierenkrankheiten.

K. berichtete auf dem letzten Kongresse der deutschen Gesellschaft für Chirurgie über die mit der Gefrierpunktsbestimmung des Blutes

und des Urins gemachten Erfahrungen und über die Anwendung dieser Methode für die Chirurgie, speciell für die Diagnose der Nierenkrankheiten und die Feststellung der Funktionsfähigkeit der einzelnen Nieren vor operativen Eingriffen. K. hat seine Untersuchungen und Beobachtungen weiter fortgesetzt und über 100 Gefrierpunktsbestimmungen des Blutes an gesunden und kranken Menschen, an solchen mit normal funktionirenden und insufficienten Nieren, so wie zahlreiche Gefrierpunktsbestimmungen des Urins mit Zuhilfenahme des Ureterenkatheterismus ausgeführt. Durch diese weiter fortgesetzten Untersuchungen, deren Richtigkeit wir meist durch die nachfolgenden Operationen oder, wie bei den Schrumpfnieren u. A., durch die späteren Autopsien kontrolliren konnten, haben unsere früheren Beobachtungen in allen Fällen Bestätigung gefunden, so dass wir nunmehr die Gefrierpunktsbestimmung des Blutes, so wie die des jeder einzelnen Niere durch den Ureterenkatheterismus entnommenen Urins für eins der wichtigsten diagnostischen Hilfsmittel zum Nachweise der Funktionsfähigkeit der Nieren vor operativen Eingriffe empfehlen zu dürfen glauben.

Es ist als feststehend anzusehen, dass das normale menschliche Blut einen Gefrierpunkt von 0,56° Celsius unter dem des destillirten Wassers hat. Schwankungen von 0,55 — 0,57°, also von 2/100° sind noch als physiologisch anzusehen. Eine Zunahme der Gefrierpunktserniedrigung auf 0,58 — 0,60° und darüber zeigt an, dass beide Nieren mehr oder weniger mangelhaft funktioniren, dass eine Niereninsufficienz vorhanden ist. Von einem operativen Eingriffe ist so lange Abstand zu nehmen, bis der Gefrierpunkt von annähernd 0,56° erreicht ist. Sind Tumoren der Nieren maligner oder gutartiger Natur, so wie solche des Abdomens oder nicht kompensirte Herzfehler vorhanden, so ändern sich die Verhältnisse, und es müssen die später zu erwähnenden Momente berücksichtigt werden.

In allen Fällen mit normaler Nierenfunktion, welche wir untersuchten, haben wir einen Gefrierpunkt von 0,56° konstatirt. Unter den 65 auf ihren Blutgefrierpunkt untersuchten Pat., welche an Cystitis, Furunkulosis, paranephritischen Abcessen u. A. litten, war nur 4mal der Gefrierpunkt 0,55, und eben so oft 0,57. Auch während des Typhus, selbst bei schweren und hoch fiebernden Fällen bewegte sich nach den Untersuchungen unseres Assistenzarztes Prof. Dr. Rumpel entgegen den Untersuchungen von Waldvogel aus der Epstein'schen Klinik der Gefrierpunkt stets in den angegebenen normalen Grenzen.

Die Gefrierpunktsbestimmung des Blutes und der Ureterenkatheterismus mit den sich daran anschließenden weiteren Untersuchungen der gewonnenen Sekrete geben der Nierendiagnostik eine große Sicherheit.

Zu diesen weiteren Untersuchungen gehören:

die Gefrierpunktsbestimmungen, die Harnstoffbestimmung und die Zuckerbestimmung nach Anwendung der Phloridzinmethode des durch den Ureterenkatheterismus jeder einzelnen Niere entnommenen Urins und der vergleichenden Gegenüberstellung der Befunde jeder einzelnen Niere.

Wenden wir uns nun zu den praktischen Erfahrungen, welche wir mit der geschilderten Untersuchungsmethode gewonnen haben, so handelte es sich um 26 operativ behandelte Fälle, bei denen vorher die Funktionsfähigkeit der Nieren festgestellt war. In 17 Fällen handelte es sich um Pyo- resp. Hydronephrosen, in 7 Fällen um tuberkulöse Nieren. In diesen 24 Fällen wurde die Nephrotomie ausgeführt mit 22 Heilungen und 2 Todesfällen. In 2 Fällen handelte es sich um doppelseitige Erkrankung der Nieren, in dem einen um eine seit 5 Tagen bestehende calculöse Anurie mit hochgradiger Gefrierpunktserniedrigung von 0,65°, welche nach Entfernung der Steine geheilt wurde; Gefrierpunkt später normal; im anderen Falle um eine doppelseitige Cystenniere mit einer Gefrierpunktserniedrigung von 0,69°. Pat. ging urämisch zu Grunde.

Die vor der Operation auf Grund der Untersuchungsresultate angenommene Kompensationsfähigkeit der zurückgebliebenen Niere entsprach voll und ganz den nach der Operation zur Kontrolle angestellten Nachuntersuchungen. Der Blutgefrierpunkt zeigte durch seine absolute Konstanz, dass auch nach der Entfernung der erkrankten Niere keine Retention N-haltiger Moleküle eingetreten war. Interessant ist ferner die nach der Nierenexstirpation zunächst auftretende Steigerung des osmotischen Druckes des Urins, Hand in Hand gehend mit einer erhöhten Harnstoffausscheidung, gleichsam als ob die nun allein arbeitende Niere noch nicht das volle Regulirungsvermögen besäße, während nach einiger Zeit die normale Druckinsufficienz wieder nachweisbar war. Im Allgemeinen wurde der Eingriff der Nierenexstirpation auffallend leicht überstanden, die Rekonvalescenz war eine glatte, und diese Momente sprachen für die Richtigkeit der angenommenen vollen Funktionsfähigkeit der zurückgebliebenen Niere.

Bei 7 Fällen von Nierentuberkulose konnten wir durch die Gefrierpunktsbestimmung des Blutes und des Urins, welcher gesondert beiden Nieren entnommen war, die Funktionsfähigkeit jeder einzelnen feststellen und in allen Fällen Heilung erzielen, ein Pat. ist noch in Behandlung. Grade bei der Nierentuberkulose, bei der so oft auch die andere Niere bereits mehr oder weniger erkrankt ist und man früher nicht festzustellen in der Lage war, ob die andere Niere die Funktion der entfernten mit zu übernehmen im Stande war, haben wir eine große Sicherheit in der Prognose erlangt. In allen Fällen, in denen wir zur Operation schritten, war die Insufficienz der Niere festgestellt, obwohl oft auch die andere nicht vollkommen gesund war, und dies wurde durch die Operation als richtig erwiesen.

Im Allgemeinen gingen wir so vor, dass wir bei jeder in Betracht kommenden Nierenoperation den Gefrierpunkt des Blutes und Urins, so wie die im Urin ausgeschiedene Harnstoffmenge, die beiden letzteren an mehreren hinter einander folgenden Tagen, bestimmten. Ergab sich ein normaler Blutgefrierpunkt von 0,55—0,57°, so wie entsprechende Werthe des Urins, so wurde dies als ein Zeichen der bestehenden vollen Funktionsfähigkeit wenigstens einer Niere angesehen und als eine sichere Garantie, die als erkrankt angesehene Niere nöthigen Falles entfernen zu können. Alsdann wurde durch den Ureterenkatheter die Beschaffenheit des Urins jeder einzelnen Niere und ihre Funktionsfähigkeit festgestellt. In den Fällen, in welchen, nach der Beschaffenheit des Urins zu schließen, die eine Niere bereits vollständig verödet und außer Funktion gesetzt ist, genügt die Bestimmung des Gefrierpunktes des Blutes und Urins, so wie des Harnstoffes zur Feststellung der Funktionsfähigkeit der einen Niere. In den Fällen aber, in welchen die Funktionsfähigkeit der anderen Niere nicht feststeht und eine Erkrankung beider Nieren vorhanden ist, wie sie bei Pyelitis calculosa, gonorrhoica oder besonders bei Tuberkulose nicht so selten vorkommt, könnte die Arbeitstheilung der beiden Nieren eine derartige sein, dass jede derselben zu etwa gleichen Theilen an der Ausscheidung der Stoffwechselprodukte sich betheiligt und beide zusammen noch so viel gesundes Gewebe besäßen, als etwa eine normal funktionirende Niere. Nach Wegfall der einen arbeitenden Hälfte würde der nach der Operation übrig bleibende Theil eine insufficiente Niere vorstellen und nicht mehr funktionsfähig sein. Hier würde also die Gefrierpunktsbestimmung des Blutes normalen Werth angeben, welcher sich jedoch auf beide Nieren zusammen bezöge. Um derartige Fehler zu vermeiden, ist der Ureterenkatheterismus nothwendig, durch ihn lernen wir in Verbindung mit der Gefrierpunktsbestimmung die Funktionsfähigkeit jeder Niere gesondert kennen.

Wir sehen, dass bei normaler Funktion des Gefrierpunktes des Urins der rechten und linken Niere eben so die Harnstoffmenge beider Organe annähernd gleich ist; auch die von jeder einzelnen Niere in einer gewissen Zeiteinheit ausgeschiedene Urinmenge scheint ungefähr die gleiche zu sein. So konnten wir auch keine wesentliche Schwankung der jeweiligen Harnkoncentration bei den verschiedenen Pat. je nach ihren augenblicklichen Stoffwechselverhältnissen konstatiren.

Z. B.:	L.		R.
	0,36	—	0,42
	1,42	—	1,44
	1,70	—	1,72

Bei der auffallenden Gleichheit der Koncentration im physikalischen wie chronischen Sinne konnte in allen Fällen eine organische Erkrankung, die eine Funktionsstörung bedingen musste, ausgeschlossen werden, wie auch der weitere klinische Verlauf bestätigte.

Anders gestalten sich die Verhältnisse, wenn die eine der beiden Nieren erkrankt ist. Hier ist das Charakteristische der auffallende Unterschied zwischen Gefrierpunkt und Harnstoffmenge der beiden Nieren. Sie lassen nicht nur auf eine dieser Funktionsstörung zu Grunde liegende Erkrankung des Nierenparenchyms, sondern zum Theil auf eine bereits eingetretene, fast vollständige Zerstörung des ganzen Organs schließen; die bald nach den Untersuchungen vorgenommene Nephrektomie hat denn auch in allen Fällen die Richtigkeit der Diagnose ergeben. Je niedriger der Uringefrierpunkt und je geringer die Harnstoffmenge des aus der erkrankten Niere aufgefangenen Sekrets in absolutem und relativem Sinne war, desto größer erwies sich die Zerstörung des Nierengewebes. In einem Falle z. B., in dem der Uringefrierpunkt nur 0,14 betrug und nur Spuren von Harnstoff vorhanden waren, bestand die exstirpirte Niere aus einem mit stinkendem Eiter und Steinen gefüllten Sacke, in dem die Nierensubstanz vollständig zu Grunde gegangen war. In einem anderen Falle, in dem der Uringefrierpunkt 0,37 mit einer Harnstoffmenge von 3,9 immerhin noch auf secernirendes Parenchym schließen ließ, bestand in der That neben bis erbsengroßen multiplen Abcessen, mit denen die ganze Niere durchsetzt war, noch relativ viel normales Gewebe. Bei Beobachtung der geschilderten Methode haben wir in keinem unserer Fälle nach der Nephrektomie die gefürchtete Anurie beobachtet.

Eine solche Anurie kann immerhin nach operativen Eingriffen vorkommen, wenn auch vor der Nephrotomie die andere Niere als vollkommen gesund befunden wurde und es auch war. Durch zahlreiche Untersuchungen des Prosektors unseres Krankenhauses E. Fränkel, welche er in mehreren Publikationen niedergelegt hat, ist festgestellt, dass durch die Einwirkung der Operation, vor Allem durch die Narkose eine schwere Degeneration der Nierenepithelien und Glomeruli und ein Kerntod eintritt. Äußerlich ist an den Nieren keine pathologische Veränderung nachzuweisen, und erst die genaue miskroskopische Untersuchung liefert den Beweis der schweren Nierenschädigung.

Diese Verhältnisse treten nicht nur bei Operation an den Nieren, sondern auch bei solchen an anderen Körperregionen auf und werfen ein Licht auf das als sog. reflektorische Anurie bezeichnete Krankheitsbild. Ich glaube nicht, dass eine derartige Anurie ohne anatomische Veränderungen existirt.

Der Gefrierpunkt des Blutes von 0,59—0,60 und darüber deutet auf eine Insufficienz der Niere hin; von einem operativen Eingriffe ist so lange Abstand zu nehmen, bis eine Steigerung des Gefrierpunktes auf annähernd 0,56 ereicht ist. Die Richtigkeit dieser Beobachtung haben wir an 22 Fällen zusammengestellt, bei denen es sich um ausgesprochene, klinisch festgestellte, zum größten Theil durch die Obduktion bestätigte Niereninsufficienz handelte. In den meisten Fällen waren es Schrumpfnieren in meist vorgeschrittenem

Stadium, die zum Theil bereits zur Urämie geführt hatten und eine Gefrierpunktserniedrigung bis 0,71 aufwiesen. Die Werthe des Uringefrierpunktes blieben bei der Niereninsufficienz sämmtlich unter 0,9; die meisten betragen 0,6—0,7. Wir haben die Untersuchung dieser Fälle von internen Nierenerkrankungen, chronische Nephritis, Schrumpfniere etc., in größerer Zahl angeführt, weil sie auch für den Chirurgen dadurch von größter Wichtigkeit sein können, als sie zur Verwechslung mit Nierensteinen, Nierentumoren, renaler Hämorrhagie Veranlassung geben können und gegeben haben.

Mehrmals kamen Pat. zur Untersuchung mit der Diagnose eines Nierensteines oder Tumors. Die Gefrierpunktsbestimmung des Blutes schützte uns vor einem verhängnisvollen Irrthume, vor einem operativen Eingriffe. Besonders bot ein Fall großes Interesse, als es sich um eine einseitige Nierenblutung handelte. Er hat eine große Ähnlichkeit mit der von Laurent aus der Schede'schen Klinik mitgetheilten Krankengeschichte.

Ein elender, kachektisch aussehender Mann litt an starken Blutungen aus den Harnwegen; er wurde uns als auf Stein oder Tumor der Niere verdächtig zur Untersuchung zugewiesen. Die Sondirung der Ureteren ließ aus der rechten Niere blutigen aus der linken anscheinend normalen, nicht blutigen Urin hervortreten. Bei dem elenden Aussehen des Pat. nahmen wir einen Tumor der rechten Niere an und dachten an eine operative Entfernung. Die nunmehr ausgeführte Gefrierpunktsbestimmung des Blutes ergab eine Erniedrigung von 0,65. Von einem operativen Eingriffe wurde Abstand genommen, die weitere Untersuchung zeigte, dass es sich um eine Schrumpfniere handelte, an der Pat. nach einigen Wochen zu Grunde ging. Die Sektion bestätigte unsere Diagnose.

Eine weitere hochgradige Gefrierpunktserniedrigung von 0,69 fanden wir bei einer doppelseitigen Cystenniere. Der Pat. wurde schwer urämisch und bewusstlos mit der Diagnose Ureterenverschluss durch Nierensteine aufgenommen. Die Operation legte 2 vollkommen cystisch degenerirte Nieren frei. Bei einer seit 5 Tagen bestehenden calculösen Anurie bei einer 44jährigen Pat. war die Gefrierpunktserniedrigung 0,65. Wir spalteten die vergrößerte rechte Niere und entfernten einen den Ureter verschließenden langen Stein. Der Urin entleerte sich bald in die Blase. Nach 3 Tagen bestand noch ein Gefrierpunkt von 0,65 welcher nach vollendeter Ausscheidung der Retentionsstoffe nach ca. 8 Tagen die normale Höhe von 0,56 erreichte. Pat. wurde geheilt entlassen.

Schon v. Korányi machte darauf aufmerksam, dass eine Gefrierpunktserniedrigung des Blutes auch bei größeren Tumoren der Niere — seien es gutartige, Pyonephrosen oder dessgleichen, oder maligne — oder anderer Organe des Bauches vorkomme. In einer größeren Anzahl von Fällen fanden wir dies bestätigt. Es ist von großer Wichtigkeit, dies Moment zu kennen und zu berücksichtigen, weil unter derartigen Um-

ständen eine Gefrierpunktserniedrigung des Blutes auch bei einer funktionsfähigen Niere vorkommen kann. Dies beweist ein Fall von der Abtheilung des Kollegen Sick, der bereits im Centralblatt für Chirurgie mitgetheilt ist.

In derartigen Fällen, in welchen eine Gefrierpunktserniedrigung unter den normalen Grenzen bei Vorhandensein eines Tumors uns entgegentritt, wird durch die genaue Gefrierpunktsbestimmung des Urins und Feststellung der Harnstoffmengen Zweifel über die Funktionsfähigkeit der anscheinend gesunden Niere beseitigt werden. Diese Fälle sind meiner Ansicht nach besonders geeignet für die Anwendung der Phloridzinmethode.

Die normalen Grenzen der Gefrierpunktserniedrigung, wie es von anderer Seite geschehen ist, weiter hinauszuschieben, halte ich nicht für richtig.

Die Festellung des Blutgefrierpunktes in Verbindung mit dem Ureterenkatheterismus und den sich daran anschließenden verschiedenen Untersuchungsmethoden des Sekretes geben uns nach meiner Auffassung stets einen weitgehenden sicheren Anhaltspunkt von der Sufficienz der Gesammtleistung der Nieren und der Funktionsfähigkeit jedes einzelnen Organes und gewähren uns die nöthige Sicherheit, operative Eingriffe an den Nieren vorzunehmen.

(Selbstbericht.)

---

60) **Albers-Schönberg** (Hamburg). Über den Nachweis von Nierensteinen mittels Röntgenstrahlen.

Die bislang vielfach vertretene Ansicht, dass Phosphatsteine ihrer Durchlässigkeit wegen nur schwer oder gar nicht mit Röntgenstrahlen nachzuweisen seien, hat sich nicht als richtig bewährt, da es sich in den meisten seither publicirten positiven Fällen um Steine genannter Art gehandelt hat. Theoretisch betrachtet kann man nur von solchen Gegenständen auf der photograpischen Platte ein Bild erhalten, welche ein von ihrer Umgebung verschiedenes Absorptionsvermögen für Röntgenstrahlen haben, wie z. B. das zwischen den durchlässigen Lungen liegende Herz etc. Dieselben Verhältnisse kommen bei dem Nierensteinnachweise in Betracht. Man wird die Steine nur dann finden, wenn ihr Absorptionsvermögen höher ist als das der umgebenden Niere. Das Absorptionsvermögen eines Körpers hängt außer von seiner Dichte in erster Linie von dem Atomgewichte seiner elementaren Bestandtheile ab. D. h. von zwei chemischen Elementen hält dasjenige von höherem Atomgewichte auch stets den größeren Bruchtheil derselben X-Strahlung zurück (Walter).

Die organischen Verbindungen bestehen vorwiegend aus C, O, H, N, sämmtlich Elemente von niedrigem Atomgewichte. Sie werden sich also nur schwach oder gar nicht auf der Platte markiren (Muskeln, Weichtheile, Gallensteine). Erst durch das Hinzutreten anorga-

nischer Salze erhöht sich das Absorptionsvermögen, wodurch die Darstellungsmöglichkeit gegeben wird.

Gleiche Dichte vorausgesetzt, haben die Phosphatsteine das höchste Atomgewicht, demnächst die Oxalat- und schließlich die Harnsäuresteine. Demnach müssten sich eigentlich die Phosphatsteine am günstigsten bezüglich ihrer Darstellbarkeit verhalten.

In der That sind aber die Oxalatsteine die dichtesten, und somit kommt ihnen das größte Absorptionsvermögen zu. Demnächst folgen die Phosphat- und schließlich die harnsauren Steine. Um also theoretisch das Absorptionsvermögen der Steine festzustellen, bedarf es der Kenntnis ihres specifischen Gewichtes und des Atomgewichtes ihrer einzelnen Bestandtheile.

Der Grund, wesshalb sich die Phosphatsteine trotz dieser scheinbar günstigen Chancen so oft nicht haben nachweisen lassen, liegt daran, dass die Röntgenstrahlen in der Luft sowohl wie ganz besonders im menschlichen Körper diffundirt werden; und zwar ist diese Diffusion um so erheblicher, je dichter die Schicht der zu durchdringenden Weichtheile ist.

Die diffundirten Strahlen treffen nun die photographische Platte von allen Seiten und verschleiern in Folge dessen das von den senkrecht kommenden Röntgenstrahlen entworfene Schattenbild.

Hierdurch können kleinere Konkremente völlig zum Verschwinden gebracht werden. Um diese störende Diffusion nach Möglichkeit zu beseitigen, bedient Vortr. sich eines von ihm konstruirten Apparates, welcher ein Bleiblendensystem enthält und mithin gestattet, alle Strahlen mit Ausnahme der durch ein enges Diaphragma gehenden senkrechten abzublenden. Je enger die Blenden genommen werden, desto schärfer fällt das Bild aus. Da nun mittels einer bestimmten Blendenweite nur ein entsprechend kleiner Theil der Niere untersucht werden kann, bedarf man ca. 3—5 Aufnahmen, um die ganze Nierengegend abzusuchen.

Das Blendensystem ermöglicht ferner die Untersuchung mit weichen, d. h. kontrastreichen Röhren, da kontrastreiche Strahlen in Folge der Abblendung störender Nebenstrahlungen ein größeres Penetrationsvermögen haben als ohne Abblendung. Die Exposition beträgt ca. 2—3 Minuten bei Anwendung des elektrolytischen Unterbrechers in Verbindung mit den Walter'schen Vorrichtungen zur Regulirung der Selbstinduktion.

Als Platten dürften ihrer hohen Empfindlichkeit wegen nur Schleussnerplatten in Betracht kommen.

Vortr. demonstrirt eine Platte, welche Phosphatsteine von noch nicht Linsengröße in der Niere zeigt, und welche mittels des Blendenverfahrens gemacht wurde. Ferner wird eine Platte mit Ureterendivertikelsteinen gezeigt.

Es empfiehlt sich, dieses Verfahren an sicheren Steinfällen nachzuprüfen, ferner auf die Zahl und Konfiguration, so wie auf die chemische Beschaffenheit der Konkremente Werth zu legen.

Das rein Technische über die Konstruktion und Anwendungsweise dieses Apparates ist in den »Fortschritten auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen« Bd. IV Hft. 4 nachzulesen. (Selbstbericht.)

---

61) **Braatz** (Königsberg i/Pr.). Über Nierenoperationen.

Auf dem vorigen Kongresse, auf welchem ich nicht zugegen war, wurde mehrfach auf eine Arbeit von mir Bezug genommen, welche ich kurz vorher in Bezug auf den Sektionsschnitt veröffentlicht hatte. (Ich hatte eine Niere exstirpirt, an welcher ich fast 4 Jahre vorher den Sektionsschnitt ausgeführt hatte[1].) Während Herr Barth sich meiner Auffassung anschloss, dass die von mir beobachtete hochgradige Atrophie jener Niere auf den schädigenden Einfluss des Sektionsschnittes zurückzuführen sei, bestritt dieses Herr Israel und meinte, dass die Atrophie nur daher gekommen sei, dass ich die Nähte zu fest angelegt hätte. Diese Möglichkeit halte ich aber für ganz ausgeschlossen. Abgesehen davon, dass ich mich überhaupt schon hüte, an einem so mürben Organe, wie es die Niere ist, Nähte zu fest anzuziehen, weil sie dann einfach durchschneiden, so lag dafür in jenem meinen Falle keine Veranlassung vor. Wie auch aus der damals veröffentlichten Krankengeschichte hervorgeht, war die Blutung zwar heftig, stand aber schnell vollständig, und ich legte nur 3 Fixationsnähte an, welche die beiden Nierenhälften nur zusammenhalten sollten. Schon aus der geringen Anzahl der Nähte kann man sehen, dass es sich nicht um die Absicht, eine besondere Kompression auszuüben, gehandelt haben kann. Andere Chirurgen legen viel mehr Nähte an, Herr Israel selbst hat z. B. in einem Falle 8 tiefe und ca. 7 oberflächliche angelegt, und Herr Braun schrieb sogar in ebenderselben vorjährigen Diskussion einen Todesfall, den er indirekt durch eine Blutung nach einem Sektionsschnitte erlebte, gerade der Wahrscheinlichkeit zu, dass die Nähte zu früh nachgelassen hätten. Wenn also die Blutung nicht steht und man sie mit der Naht stillen muss, dann wird es gewiss schon nicht selten nöthig sein, dass man auch fester wird nähen müssen. Es wird sich also auch die feste Naht nicht immer vermeiden lassen, sie gehört dann eben nothwendig mit zu den Nachtheilen der ganzen Operation. Sowohl der Schnitt, als auch die 3 Nähte lagen in meinem Falle genau symmetrisch. Die Atrophie war aber ganz asymmetrisch, d. h. die vordere ventrale Hälfte der gespaltenen Niere war sehr viel mehr atrophirt als die dorsale. Die asymmetrische Schrumpfung kann also nicht, wie Herr Israel meint, von jenen symmetrischen 3 Nähten hergekommen sein, und es bleibt nur die eine, damals von mir gegebene Erklärung übrig: die vorherrschende Schrumpfung der ventralen Seite der gespaltenen Niere kam daher, dass der median gelegene Schnitt wegen der eigenthüm-

---

[1] Egbert Braatz, Zur operativen Spaltung der Niere. Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 10.

lichen Anordnung der Nierengefäße vorherrschend die Gefäße der vorderen Hälfte getroffen hatte.

Entschieden kann die ganze Frage nur dadurch werden, dass man Nierenuntersuchungen sammelt, die angestellt werden konnten an Nieren, welche mehrere Jahre vorher mit dem Sektionschnitte behandelt waren. Kürzere Zeiten kann nur eine geringere Beweiskraft zukommen.

Noch ein Wort über die Nierenstrumen, für welche Herr Küster die partielle Resektion vorgeschlagen hat. Ich verfüge über keine Massenstatistik, ich habe überhaupt 12 Nierenexstirpationen ausgeführt, ohne einen Todesfall erlebt zu haben. Unter den 4 Tumoren meiner Fälle befinden sich in zufälliger-, ich kann sagen, merkwürdigerweise 3 Grawitz'sche Nierenstrumen[2]. Die eine Pat., vor $3^1/_2$ Jahren operirt, lebt noch, Näheres über ihr Befinden weiß ich nicht. Die zweite Operirte hatte nach der Operation 19 Pfund an Gewicht zugenommen, starb aber nach einem Jahre an inneren Metastasen. Die dritte Kranke starb reichlich 2 Jahre nach der Operation, vorgestern. Sie zeigte ebenfalls zahlreiche sekundäre Geschwulstherde. Bei der Bösartigkeit der Recidive bei Struma maligna und nach dem, was ich von dieser Geschwulstart gesehen habe, würde ich es nie wagen, hier eine partielle Nierenresektion zu machen.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Steiner (Berlin) demonstrirt einen Kranken, Zwilling, der eine Bauchgeschwulst der rechten Seite gehabt hatte. Beim Harnleiterkatheterismus kam rechts trüber Urin. Bei der Laparotomie fand sich eine doppelte Niere rechts mit Umwandlung der einen Niere in Hydronephrose. Dieselbe wurde durch Resektion geheilt. Solche Missbildungen sind bei Zwillingen öfters beobachtet.

Lilienfeld (Leipzig) erwähnt, dass ihm selbst vor 10 Jahren eine Niere wegen Pyonephrose von Küster exstirpirt worden sei. Er ist seither völlig gesund geblieben. Jaffé (Hamburg).

---

62) **Baumgarten** (Tübingen) [als Gast]. Über experimentelle Urogenitaltuberkulose.

Unter Demonstration von Zeichnungen, welche nach den betreffenden makroskopischen Präparaten angefertigt worden waren, berichtet Vortr. über Experimente, welche von ihm, zum Theil in Gemeinschaft mit Herrn Dr. C. Krämer in Cannstatt, über die Verbreitungsweise der Urogenitaltuberkulose an Kaninchen angestellt worden sind. Die Versuche, von der Harnröhre aus Hodentuberkulose zu erzielen, fielen stets negativ aus, obwohl sich immer eine ulcerirende Tuberkulose der hinteren Harnröhre, oft auch eine solche des Blasengrundes so wie der Prostata entwickelte. Selbst nach $1^1/_2$ bis

[2] Braatz, Zur Nierenexstirpation, Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie Bd. XLVIII.



2 Jahren Lebensdauer der letztgenannten Versuchsthiere blieben Vasa deferentia und Hoden stets frei von Tuberkulose. Eben so wenig schritt die Tuberkulose jemals längs der Ureteren aufwärts zur Niere.

Umgekehrt aber waren die Versuche, vom Nebenhoden aus Tuberkulose der Samenleiter und der Prostata zu bewirken, stets von positivem Erfolge begleitet; doch wurde immer nur der Samenleiter der inficirten Seite ergriffen, niemals ging der tuberkulöse Process auf den Samenleiter der anderen Seite über.

Aus diesen Versuchen geht hervor, dass der tuberkulöse Process nicht die Fähigkeit besitzt, sich von der Harnröhre, Blase oder Prostata aus längs der Samenleiter auf den Hoden zu verbreiten, und dass er eben so wenig im Stande ist, von den genannten Stellen aus längs der Harnleiter zur Niere aufzusteigen. Diese Erfahrungen stehen im Einklange mit der auch sonst im Gebiete der experimentellen Tuberkulose ausnahmslos gültigen Thatsache, dass sich die Tuberkelbacillen niemals gegen den Strom, weder gegen den Lymph- oder Blutstrom, noch gegen den Sekretionsstrom verbreiten. Es ist dies, wie Redner näher ausführt, begreiflich, wenn man berücksichtigt, dass die Tuberkelbacillen keine Eigenbewegung besitzen und ferner keine Sekretparasiten, d. h. solche, die sich in normalen Sekreten vermehren können, sind. Ins Sekret gelangend, müssen sie daher, um zu inficiren, in die Wandung der Kanäle eindringen; von da aus können sie durch Ulceration der Wandung wiederum ins Sekret eindringen, eine fortschreitende Infektion der Wandung durch im Sekret vorhandene Bacillen kann also nur mit dem Sekretstrome, in der Richtung desselben, erfolgen. Neben der Infektion durch bacillenhaltiges Sekret spielt, nach den genauen mikroskopischen Untersuchungen der Präparate, auch die Infektion durch den Lymphstrom innerhalb der Wandung eine Rolle; aber auch diese lymphogene Infektion führt die Bacillen vom Nebenhoden aus längs des Vas deferens empor zur Prostata, und nicht umgekehrt.

Redner findet seine experimentellen Resultate in Übereinstimmung mit seinen Befunden am Sektionstische. Dass beim Menschen andere Bedingungen für die Ausbreitung des tuberkulösen Processes gegeben sein sollten, als beim Kaninchen, ist nicht anzunehmen, da Lage und anatomische Einrichtung der Theile in den hier wesentlichen Punkten übereinstimmen. Dass die Hodentuberkulose die einzige Lokalisation der Tuberkulose im Urogenitalsysteme sein kann, ist er in der Lage, v. Bruns zu bestätigen. Bei ausgedehnter menschlicher Urogenitaltuberkulose ist es häufig sehr schwer, den Ausgangspunkt der Erkrankung zu bestimmen. Das Experiment bietet hier für die Beurtheilung eine willkommene Ergänzung. Redner schließt: »Dem von Herrn Kollegen v. Bruns und mir vertretenen Standpunkte in dieser vielumstrittenen Frage dient es gewiss als gewichtige Stütze, dass hier in seltener Weise übereinstimmen die Resultate der klinischen Erfahrung, der pathologisch- anatomischen Untersuchung und des Experiments«. (Selbstbericht.)

---

63) v. **Bruns** (Tübingen). Über die Endresultate der Kastration bei Hodentuberkulose.

Die Frage der Kastration bei Hodentuberkulose ist eine aktuelle geworden. Während die Kastration lange Zeit fast unbestritten zu Recht bestand, ist neuerdings ihre Berechtigung vielfach sehr eingeschränkt und ganz bestritten worden.

Die ganze Frage ist recht verwickelt, da die einzelnen Fälle so außerordentlich verschieden sind: Bald ist der Verlauf recht progredient, bald ganz schleichend, bald ist die Tuberkulose auf den Hoden oder andere Urogenitalorgane beschränkt, bald im übrigen Körper verbreitet. Es lassen sich jedoch die Argumente der Kastrationsgegner in folgende 3 Punkte zusammenfassen:

1) Die Entfernung des ganzen Hodens sei oft überflüssig, da zuerst fast immer nur der Nebenhode erkrankt. Es genüge hier die Ausschabung oder Zerstörung des tuberkulösen Herdes oder die Excision des Nebenhodens.

2) Die Entfernung des ganzen Hodens sei oft unzureichend, weil noch andere Theile des Urogenitalapparates befallen sind. Man stützt sich hierbei auf die Anschauung, dass die Hodentuberkulose fast immer descendirend entstehe, wobei Manche den primären Ausgang der Erkrankung in der Niere, Andere in der Prostata suchen. Allein diese Anschauung gründet sich hauptsächlich auf die Befunde bei Autopsien, welche viel mehr die vorgeschrittenen und Endstadien als die Anfangsstadien wiedergeben und für den primären Ausgang nicht entscheidend sein können. Nach meinen Erfahrungen an dem klinisch-operativen Materiale unterliegt es vielmehr gar keinem Zweifel, dass Tuberkulose des Hodens bei übrigens intakten Urogenitalorganen vorkommt und gar nicht selten zu beobachten ist. Demgemäß ist denn auch mit der Ausbreitung der Tuberkulose vom Hoden durch denn Samenstrang in ascendirender Richtung zu rechnen, was für die Bedeutung der Kastration sehr wesentlich ist.

3) Die Entfernung beider Testikel sei ganz zu verwerfen wegen der Gefahr einer Störung des psychischen Verhaltens und des ganzen Organismus. Auch wird geltend gemacht, dass bei doppelseitiger Hodentuberkulose die Harnorgane, Prostata und Samenblasen immer mit befallen seien.

Diese Anschauungen stehen in schroffem Gegensatze zu denjenigen, welche für die Kastrationspraxis bisher maßgebend gewesen sind. Wer hat nun Recht? Welche Behandlung ist für die Kranken die vortheilhafteste, die konservative oder beraubende? — Das ist die Hauptfrage.

Bei dieser für den Praktiker höchst peinlichen Ungewissheit habe ich längst das Bedürfnis empfunden, genaue Untersuchungen anzustellen über die Erfolge der Kastration, die ich bisher principiell geübt habe. Denn es fehlt noch ganz an einer umfassenden Statistik

der verschiedenen Behandlungsmethoden, und das bei den Diskussionen beigebrachte Material beschränkt sich zumeist auf eine kleinere Anzahl ausgewählter Fälle, welche als Belege für den jeweiligen Standpunkt dienen können.

Ich habe gemeinsam mit meinem Assistenzarzt, Herrn Dr. Haas, das Material der Tübinger Klinik aus 50 Jahren gesammelt und durch Nachforschungen und Nachuntersuchungen die Endresultate ermittelt. Im Ganzen konnten 111 Fälle verwerthet werden mit einer Beobachtungsdauer bis zu 34 Jahren; hiervon sind 78 Fälle einseitig, 33 doppelseitig kastrirt. Ausdrücklich mag hervorgehoben werden, dass nur die typische Kastration mit hoher Resektion des Vas deferens geübt wurde, ohne Eingriffe an Samenblase und Prostata.

Bezüglich der Betheiligung des Haupthodens an der tuberkulösen Erkrankung ist von vorn herein anzunehmen, dass sie mit der Dauer der Erkrankung des Nebenhodens immer häufiger wird. Legt man den von den Kranken wahrgenommenen Beginn der Krankheit und den anatomischen Befund bei der Operation zu Grunde, so fand sich der Haupthoden mit erkrankt

innerhalb des ersten Vierteljahres in 24% der Fälle
» » » Halbjahres » 40% » »
bei länger als halbjährigem Bestande » 60% » »

Es hatte also schon innerhalb des ersten Halbjahres die Erkrankung in 40% der Fälle auf den Haupthoden übergegriffen, bekanntlich oft ohne alle klinisch nachweisbaren Veränderungen — die Resektion des Nebenhodens schafft hier nur halbe Arbeit!

Ein weiterer Punkt von großer Bedeutung betrifft die Erkrankung des anderen Hodens, die doppelseitige Hodentuberkulose. Unter den einseitig Kastrirten sind nur 26% nachträglich auf der anderen Seite erkrankt. Wenn es also richtig ist, was man annimmt, dass mindestens die Hälfte der Fälle von Hodentuberkulose doppelseitig wird, so würde die frühzeitige Kastration immerhin einen erheblichen Schutz gegen die nachträgliche Erkrankung des zweiten Hodens gewähren.

Bezüglich des endgültigen Schicksals der Operirten müssen die einseitig und doppelseitig Kastrirten gesondert werden.

Von den einseitig Kastrirten sind an ihrem Leiden, an Urogenitaltuberkulose 12% gestorben, unter diesen fast alle diejenigen, die schon bei der Operation eine Erkrankung der Harnorgane darboten. An Tuberkulose anderer Organe, namentlich der Lungen, sind 15% gestorben; dieselbe hatte wohl meist schon vor der Kastration bestanden, da zur Zeit der Operation bei $1/3$ der Kranken gleichzeitig Erscheinungen von Lungen-, Knochen-, Gelenk- und Drüsentuberkulose konstatirt werden konnten! Ferner sind 26% nachträglich an Tuberkulose des zweiten Hodens erkrankt; sie sind dann meist auch auf der anderen Seite kastrirt worden. Dauernd geheilt sind nach einseitiger Kastration 46% der Kranken, und zwar bei einer Beobachtungsdauer von 3—34 Jahren.

Von den doppelseitig Kastrirten sind nicht viel mehr als von den einseitig Kastrirten an Urogenitaltuberkulose gestorben, nämlich 15%. Das beweist, dass durch die zweite Operation doch noch die meisten Kranken von ihrem Leiden geheilt wurden — zugleich ein schlagender Beleg dafür, dass das Übergreifen von dem einen auf den anderen Hoden nicht kontinuirlich auf dem Wege des einen und anderen Vas deferens erfolgt, und dass auch doppelseitige Hodentuberkulose isolirt bestehen kann. Dagegen ist fast die doppelte Zahl der Operirten, 25%, an Tuberkulose anderer Organe gestorben. Immerhin sind, da die Recidive im anderen Hoden wegfallen, 56% der Doppelkastrirten dauernd geheilt, und zwar bei einer Beobachtungsdauer von 3—30 Jahren. Ausfallserscheinungen und Veränderungen des psychischen Verhaltens sind nicht beobachtet, trotzdem fast alle noch lebenden Operirten persönlich nachuntersucht worden sind.

Alles im Allem ist die Hälfte der Kastrirten auf Lebensdauer geheilt. Das sind die allein an Genitaltuberkulose Erkrankten. Gestorben sind fast Alle, die gleichzeitig an Tuberkulose der Harnorgane litten so wie die meisten der gleichzeitig an anderweitiger Tuberkulose Erkrankten. Für alle diese ist die Operation nicht verantwortlich zu machen.

Die Resultate der Kastration bei Hodentuberkulose sind offenbar günstiger, als man annehmen zu dürfen glaubte. Wie sich ihnen gegenüber die Erfolge der konservativen Behandlung verhalten, wird erst von den Anhängern derselben nachzuweisen sein; sie werden sich in Folge lokaler Recidive, die hier nicht ausbleiben, entschieden schlechter gestalten. Jedenfalls steht so viel fest, dass das Verdammungsurtheil über die Kastration nicht gerechtfertigt ist. Die Anhänger derselben werden gut thun, bei dieser Praxis zu bleiben.

(Selbstbericht.)

---

64) v. **Büngner** (Hanau). Zur Behandlung der Tuberkulose der männlichen Geschlechtsorgane.

Vortr. legt zunächst auf seine Methode der hohen Kastration mit langsamem Vorziehen bis zum Abreißen des Vas deferens Gewicht. Etwa $^4/_5$ des Samenganges lassen sich auf diese Weise entfernen, so dass oft auch da noch Heilung erreicht wird, wo eine solche sonst nicht möglich erscheint. Schede hat allerdings auf die Möglichkeit der Zerreißung des Peritoneums mit Infektion desselben, so wie darauf aufmerksam gemacht, dass tuberkulös erkrankte Samengänge die Gefahr bieten, an fungösen Stellen abzureißen, und von anderer Seite ist eingeworfen worden, dass es gelegentlich zu einer Zerrung der Gefäße und dem zufolge zu einer Blutung in das Beckenbindegewebe kommen könne. Dem gegenüber hebt Vortr. hervor, dass er trotz regelmäßiger Anwendung der hohen Kastration noch niemals eine störende Komplikation der erwähnten Art erlebt habe, er ist

also nach seinen jetzigen weiteren Erfahrungen in der Lage, die genannten Bedenken zerstreuen zu können. Da mithin der Evulsionsmethode Bedenken nicht entgegenstehen, diese vielmehr gegenüber dem bisher üblichen Verfahren den Vortheil der größeren Heilungschance bietet, hält Vortr. es für geboten, die tiefe Kastration principiell durch die hohe Kastration zu ersetzen.

Natürlich kann aber weder die tiefe, noch die hohe Kastration Erfolg haben, wenn neben dem Hoden und Nebenhoden der Samengang kontinuirlich oder diskontinuirlich in ganzer Länge, die gleichseitige Samenblase und die Prostata erkrankt sind, oder wenn der seltenere Fall vorliegt, dass zwar Hoden, Nebenhoden und der diesem angrenzende Theil des Samenganges gesund geblieben, die Prostata, die Samenblase und das dieser benachbarte Stück des Vas deferens jedoch von Tuberkulose ergriffen sind. Für diese Fälle — es werden die 4 Haupttypen der Lokalisation und Ausbreitung der Genitaltuberkulose an schematischen Zeichnungen vorgeführt — hat Vortr. bereits früher empfohlen: 1) die Ausführung der hohen Kastration in der geschilderten Weise, 2) die Freilegung der Prostata und Samenblase vom Damme aus, die Entfernung der Samenblase mit dem Reste des Samenganges und die Prostatektomie oder die Ausräumung der käsigen Herde nach Incision der Prostata. Ob man sich zu diesem Zwecke besser des perinealen oder des sacralen bezw. parasacralen Weges bedient, ist auch heute noch unentschieden. Es liegt indessen auf der Hand, dass man sich zu diesem kombinirten Eingriffe nicht leicht entschließt, weil die Entfernung des Genitaltractus einer Seite auf der ganzen Länge seines Verlaufes immerhin eine recht eingreifende Operation darstellt, welche man bei den oft heruntergekommenen und gleichzeitig mit Tuberkulose des Harnapparates oder anderer Organe behafteten Pat. gern vermeiden würde, wenn uns nur ein anderer einfacherer Weg der Behandlung zur Verfügung stände. Einen solchen Weg hat Vortr. gesucht und in der intrakanalikulären Jodoform-Glycerininjektion des männlichen Genitaltractus gefunden.

Um feststellen zu können, wie weit eine glycerinhaltige Injektionsflüssigkeit vom Vas deferens aus sich vortreiben lässt, wurde an einer Reihe von Leichen der Samenstrang unter dem äußeren Leistenringe bloßgelegt, das Vas deferens isolirt und darauf in das axiale Lumen desselben zunächst in der Richtung nach aufwärts, dann in der Richtung nach abwärts eine entsprechend starke, mit einer 5 g-Spritze armirte Kanüle eingestochen. In der Regel wurden nach aufwärts 3—4 g, nach abwärts 1—2 g des Inhaltes der Spritze injicirt. Betreffs leichterer Kontrolle wurde zur Injektionsflüssigkeit in der ersten Reihe von Versuchen eine Auflösung von Berliner Blau in verflüssigter Glyceringelatine, und erst in einer zweiten Versuchsreihe Jodoform-Glycerin gewählt; das Jodoform muss fein pulverisirt und mit dem Glycerin durch wiederholtes Umschütteln gut vermengt sein, damit es die Kanüle nicht verstopft. In beiden Versuchsreihen

zeigte sich nun, dass es in dieser Weise in jedem Falle gelingt, den Genitaltractus in ganzer Länge mit Injektionsmasse zu füllen. Letztere verbleibt im Vas deferens, und nur der überschüssige Theil fließt in die Harnröhre ab. Von besonderer Wichtigkeit war weiter das willkommene Ergebnis, dass die Injektionsflüssigkeit in allen Fällen auch in die Samenblase eindrang, ja letztere war sogar meist ziemlich prall mit derselben gefüllt. Man kann mithin allen tuberkulösen Stellen mit Jodoform-Glycerininjektionen beikommen.

Am Lebenden hat Vortr. erst 2mal Gelegenheit gehabt, das neue Verfahren anzuwenden, er kann desshalb über den Erfolg desselben noch kein Urtheil fällen. Nach den günstigen Erfahrungen, welche wir bei der Behandlung anderer tuberkulöser Affektionen mit der Injektion von Jodoform-Glycerin gemacht haben, steht aber zu erwarten, dass das Verfahren einen Fortschritt bedeuten und unseren Kranken zu Gute kommen wird.

Selbstverständlich hat das hier empfohlene Verfahren der intrakanalikulären Jodoform-Glycerininjektion mit der parenchymatösen Injektion dieses Mittels in abgegrenzte tuberkulöse Herde der Hoden- oder Nebenhodensubstanz nichts zu thun. Die intrakanalikuläre Injektion kann entweder allein oder in Verbindung mit der Kastration ausgeführt werden. Wer die hohe Kastration ausführt, muss die Jodoform-Glycerininjektion der ersteren vorausschicken, wer im gegebenen Falle mit der tiefen Kastration glaubt ausreichen zu können, kann entweder ebenfalls zuerst die Injektion ausführen, oder aber umgekehrt zuerst die Kastration vornehmen und dann in das Stumpfende des amputirten Vas deferens die Kanüle einschieben, welche in diesem Falle auch leicht abgestumpft sein kann.

In der Regel wird bereits eine einmalige Injektion genügen, um die Erkrankung günstig zu beeinflussen, da das Jodoform auch nach allmählichem Abfließen des Glycerins noch lange im Vas deferens und der Samenblase verbleibt.

Bei gleichzeitiger Betheiligung des Harnapparates, also bei Urogenitaltuberkulose, kann man die intrakanalikulären Injektionen in den Genitaltractus in zweckmäßiger Weise mit der Einverleibung einer Jodoformemulsion in die Blase, bezw. mit der Jodoform-Glycerininjektion in den Ureter nach Freilegung des Nierenbeckens kombiniren.

Resumirend empfiehlt v. B. zur Radikalbehandlung der auf den Hoden und die Hodenhälfte des Samenleiters beschränkten Tuberkulose die hohe Kastration, zur Behandlung der über den ganzen Genitaltractus sammt Samenblase und Prostata verbreiteten Tuberkulose in erster Linie die intrakanalikuläre Jodoform-Glycerininjektion allein oder in Verbindung mit der hohen Kastration und erst in zweiter Linie die operative Entfernung des Genitaltractus in der ganze Länge seines Verlaufes. (Selbstbericht.)

65) **E. Payr** (Graz). Über konservative Operationen am Hoden und Nebenhoden.

Vortr. hat in einem Falle schwerster akuter rechtsseitiger Orchitis urethralen Ursprunges bei vollständigem Freisein des Nebenhodens einen Eingriff zur Entlastung des enorm geschwellten und schmerzhaften Hodens gemacht, der außerdem durch mit wiederholten Schüttelfrösten einhergehendes hohes Fieber indicirt war. Als weitere Komplikation ist zu erwähnen, dass es sich um einen Pat. handelte, dem 2 Jahre vorher eine akute suppurative Orchitis des linken Hodens incidirt worden war, in deren Verlaufe es zu Prolaps und Gangrän des Hodenparenchyms und in der Folge zu Semikastration gekommen war. Der reichlich auf das Doppelte vergrößerte Hode wurde freigelegt, durch die äußerst gespannte Albuginea auf der Vorderseite 8 Katgutnähte nach Art der Lembert-schen Darmnaht angelegt und hierauf das Organ mit Sektionsschnitt gespalten, wobei sich eine beträchtliche Menge einer gelblichen, dünnem Eiter ähnlichen Flüssigkeit entleerte. Abspülung mit Sublimat und Kochsalzlösung. Knüpfung der angelegten Fäden. Auswaschung, Drainage und Naht der Tunica vaginalis propria und Hautnaht.

Durch diesen Eingriff wird Pat. sofort schmerzfrei, nach wenigen Stunden fieberfrei. Völlige Heilung nach 12 Tagen. Nach fast 2 Jahren findet Vortr. bei einer Nachuntersuchung den damals gespaltenen Hoden von völlig normaler Größe, Gestalt und Konsistenz. Besonders hervorzuheben ist, dass die sexuellen Funktionen in jeder Hinsicht völlig normal verlaufen, und dass eine Untersuchung des Spermas lebensfähige Spermatozoen in normaler Zahl und auch im Übrigen normales morphologisches und chemisches Verhalten des Spermas ergab. Daraus erhellt, dass selbst schwere septische Orchitiden durch eine solche durch Naht zu schließende Incision vortheilhaft behandelt werden können, ohne dass es zu Prolaps und Gangrän der Hodensubstanz oder einer sekundären Atrophie kommt. Akuteste, diffuse Orchitiden und circumscripte Abscesse sind dieser Behandlung zugänglich, während multiple Abscessbildungen sich für dieselbe wenig eignen. Vortr. weist auf Analogien in der Behandlung der Verletzungen des Hodens und der konservativen Bestrebungen neuester Zeit bei Tuberkulose (Poncet, Delore, Lanz) hin.

Des weiteren bespricht Vortr. einige Fälle schwerer chronischer Entzündungsprocesse des Nebenhodens auf gonorrhoischer Basis. Es wurde in solchen Fällen der Nebenhode, so weit sich in ihm harte Knoten fühlen ließen, von hinten her durch einen medianen Schnitt gespalten und die vorgefundenen gewöhnlich mehrfachen Abscesse völlig exstirpirt und hierauf die Bindegewebshülle des Organs durch fortlaufende Katgutnaht vereinigt. Durch diesen Eingriff wurden die intensiven Be-

schwerden beseitigt und der für die Spermatogenesis durch die Erkrankung unbrauchbar gewordene Hode unter Berücksichtigung seiner zweiten Funktion der »inneren Sekretion« dem Organismus erhalten.

(Selbstbericht.)

66) **O. Simon** (Heidelberg). Zur Hodentuberkulose.

Die Erfolge der Kastration bei Hodentuberkulose, welche an der Heidelberger chirurgischen Klinik erzielt wurden, sind den aus der Tübinger Klinik berichteten sehr ähnlich.

In einem Zeitraume von 27 Jahren kamen 107 Pat. zur ein- oder doppelseitigen Operation. Über 92 konnte jetzt Nachricht erhalten werden, Viele von diesen kamen zur Nachuntersuchung in die Klinik; 59 leben, 33 starben (davon 26 an Tuberkulose).

Bei vielen Pat. (26) wurde nach der Operation ein deutlicher Rückgang anderweitiger tuberkulöser Erkrankungen, besonders an Lungenphthise bemerkt. Besonders wichtig sind noch die Erfolge bei doppelseitiger Kastration. Im Ganzen wurde dieselbe 34mal ausgeführt. Von 29 Pat. liegen Berichte vor. 8mal erfolgte der Exitus, 21 Pat. leben. In 14 Fällen wurde primär doppelseitig kastrirt. Bei sekundärer Entfernung des zweiten Hodens war oftmals eine eklatante Besserung des Allgemeinbefindens zu konstatiren; allgemeine und lokale tuberkulöse Erkrankungen (Blase, Prostata) gingen zurück, so dass die Pat. zur Zeit sich ganz gesund fühlen.

Von vielen Seiten wurde behauptet, dass sich bei Kastrirten, besonders solchen jugendlichen Alters, häufig Störungen in der Geschlechtsfunktion und psychische Defekte einstellen. Grade hierauf richteten wir bei den Nachuntersuchungen unser Augenmerk. Nur ein Pat. zeigte psychische Störungen, Abnahme der Libido coëundi soll bei 5 Pat. aufgetreten sein, wogegen alle anderen nicht die geringsten Störungen der Potentia und Libido coëundi zeigten und zwar bei Beobachtungen bis zu 20 Jahren.

Frei von Tuberkulose sind zur Zeit 54. Rechnet man hierzu noch die 7 an interkurrenten Krankheiten Verstorbenen, die jahrelang von Tuberkulose frei waren, so wurden 61 = 66,3% geheilt.

Sicher hat also die Kastration viele Pat. nicht bloß am Leben erhalten, sondern auch dauernd geheilt. (Selbstbericht.)

67) **F. König** (Altona). Demonstrationen.

K. legt 2 Präparate vor: 1) eine Nebenhoden-Hodentuberkulose mit 17 cm Vas deferens, bei welcher 2 innerhalb des Leistenkanals gelegene, also klinisch nicht nachweisbare käsige Knoten am Samenleiter die einzigen weiteren Lokalisationen am Urogenitalapparate gebildet hatten, 2) eine akut verlaufene schwere Tuberkulose von Nebenhoden und Hoden, die sich durch das Vas deferens kontinuirlich bis in die Samenblase und Prostata verbreitet hat, als überhaupt

einzige nachweisbare Tuberkulose im Körper; der Hode sammt 25 cm Vas deferens ist vom inguinalen Wege, der Rest des Vas deferens mit der tuberkulösen Samenblase vom sacralen Wege aus entfernt und die Tuberkulose der Prostata ist ausgekratzt und mit Jodoform behandelt worden. Beide Pat. geheilt.

K. glaubt, dass wenn man operativ wirksam den schweren Fällen der Nebenhodentuberkulose und ihren Folgen begegnen will, man den Hauptwerth auf die Prostataerkrankung legen muss, welche den Übergang zur Blase vermittelt. Wo scheinbar nur der Nebenhode und Hode krank ist, muss doch die Kastration zugleich das Vas deferens bis über den Annulus inguinal. int. mitnehmen; K. empfiehlt dazu Operation in Beckenhochlagerung und, zur Vermeidung des Peritoneums, bei gefüllter Blase. Soll auch die Samenblase entfernt und die Prostata zugänglich gemacht werden, so räth er, in Beckenhochlagerung mit dem viereckigen Lappen vorzugehen, den Schlange zur Resectio recti mit osteoplastischer Resektion des Kreuzbeines benutzt: der unterste Kreuzbeinwirbel und das Steißbein bleiben im Lappen. Das umschnittene Viereck gestattet einen prächtigen Einblick, nach Trennung der Beckenfascie zur linken Seite des Rectums wird dies zur Seite geschoben, das Peritoneum aufwärts gedrängt, dann liegen Blase, Prostata und die Vasa deferentia mit Samenblasen frei, und diese können nach Einschnitt in ihre Kapsel stumpf abgelöst werden bis zur Prostata. Diese wird durch einen Faden fixirt, der Ductus ejaculatorius durchschnitten, die Prostata ausgeschabt und mit Jodoformgaze behandelt, welche hier zum Schnitte herausgeleitet wird; der übrige Theil des Schnittes wird vernäht. Bei exakter Blutstillung ist die Voroperation ohne Bedenken; K. hat sie in kurzer Zeit 4mal ohne Nachtheil angewendet, außer diesem Falle bei einer Rectovesicalfistel, so wie bei 2 Totalexstirpationen des Uterus.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

König (Berlin). Die Mehrzahl der Chirurgen würden so allgemein nicht leichten Herzens an die Kastration herangehen. Große Zahlen bewiesen schließlich mehr wie Experimente, und so wisse man, dass Hodentuberkulose primär bestehen könne, meist jedoch mit anderweitigen Organerkrankungen vergesellschaftet sei.

Das Experiment habe noch Manches zu beweisen; wie verbreiten sich denn die Bacillen im Vas deferens? Nur intrakanalikulär? oder in den Lymph- und Blutbahnen? Woher kommt die Infektion des Nebenhodens? Liegen nicht beim Vas deferens des Menschen die Schwereverhältnisse anders als beim Kaninchen? Die Gonokokken wandern doch gleichfalls abwärts! K. habe besonders in letzter Zeit den Eindruck gewonnen, als wären in der Mehrzahl der Fälle von Hodentuberkulose Samenbläschen und Prostata vorher erkrankt und stiege von hier die Krankheit in den Hoden hinab. Bei Nierentuberkulose komme das sicher vor. Ihm scheine die Frage sehr wichtig, da er nicht leicht an die Kastration gehe, abgesehen von

den Fällen, die sofortiger Operation bedürfen. Bei einfachen harten Knoten solle auch an die Jodoform-Glycerinbehandlung gedacht werden, obwohl sie nicht viel verspreche.

Gussenbauer (Wien) verfügt über reiche Erfahrungen. Die Hodentuberkulose ist meist nicht primär, und Lungenherde bezw. auch andere Organerkrankungen sind vorhanden; freilich kann sie auch in jedem Alter primär auftreten. G. operirt bei ausgedehnter Verkäsung, wartet ab bei harten Knoten und leitet medikamentöse Behandlung ein. Heilung kann zu Stande kommen. Wo die Operation nöthig ist, geht er noch weiter als v. Büngner; man müsse jedenfalls eklektisch verfahren.

Krämer (Cannstatt) hält den Vergleich der Hodentuberkulose mit Gonorrhoe für unzulässig. Die Infektion des Hodens könne dabei hämatogen zu Stande kommen. Die Erkrankung des anderen Hodens komme auch nicht durch Absteigen des Processes zu Stande, da sich die Tuberkulosebacillen nicht gegen den Strom verbreiten können. Die klinischen Erfahrungen von Heilung nach Kastration sprechen zu Gunsten derselben. Die Möglichkeit kongenitaler Infektion werde ganz außer Acht gelassen.

Henle (Breslau) kennt Erfolge von konservativer Behandlung auch bei doppelseitiger Hodentuberkulose; die Kastration wird nur auf besonderen Wunsch der Kranken geübt. Die Jodoformtherapie leistet nicht viel; sie ist schmerzhaft, und die Pat. entziehen sich ihr.

Bier (Greifswald). Die Hydrotherapie, besonders Ostseebäder, leisten mehr als bekannt; von kürzester Dauer — zuerst 1 Minute lang — müssen sie lange fortgesetzt werden. B. berichtet das Beispiel eines noch aktiven Marineofficiers und weist die doppelseitige Kastration zurück, als das Wesen des Mannes schwer beeinträchtigend.

Schlange (Hannover) berichtet gleichfalls über einen geheilten Kranken, dessen beide tuberkulöse Hoden konservativ behandelt worden waren. Spätere Ehe blieb steril. **Christel** (Metz).

---

68) **Jordan** (Heidelberg). Die chirurgische Behandlung der Uteruscarcinome.

Von den 4 Wegen der Uterusexstirpation kommen nur noch der abdominale und vaginale in Frage. Wegen ihrer großen Mortalität wurde die Freund'sche Hysterektomie von Anfang der 80er Jahre ab durch die Czerny'sche vaginale Exstirpation vollständig verdrängt; erst in neuester Zeit wurde wegen angeblich schlechter Endresultate der letzteren wieder auf die Laparatomie zurückgegriffen und eine radikalere Gestaltung derselben durch Entfernung der regionären Drüsen und des Beckenbindegewebes befürwortet.

Die operative Gefahr der vaginalen Hysterektomie ist auf etwa 5% gesunken. Die Dauererfolge sind dabei im Vergleiche mit den

Resultaten der Mamma- und Rectumexstirpation bei Carcinom ganz hervorragende zu nennen: Nach Winter's neuester Statistik wurde in der Berliner Frauenklinik bei 260 Fällen in 33% Heilung von über 5jähriger Dauer erzielt.

Die abdominale Hysterektomie soll die Entfernung des krebsigen Uterus im Gesunden, d. h. im Zusammenhange mit dem Beckenbindegewebe und den regionären Drüsen herbeiführen. Aus Injektionsversuchen an der Leiche und Autopsiebefunden in vivo geht hervor, dass eine Reihe von Drüsenetappen besteht und hinsichtlich der Betheiligung der verschiedenen Etappen an der Infektion eine große Inkonstanz besteht. Es ergiebt sich ferner aus den bis jetzt vorliegenden Erfahrungen, dass das Uteruscarcinom im Gegensatze zu den Carcinomen vieler anderer Organe nur geringe Neigung zur Ausbreitung auf die Drüsen besitzt, und dass bei noch auf das Organ selbst beschränkten Carcinomen die Degeneration der Drüsen zu den Ausnahmen gehört. Die Exstirpation der Drüsen ist ein zeitraubender und direkt lebensgefährlicher Eingriff, der mehrfach als solcher zum Exitus letalis geführt hat.

Die operative Mortalität der abdominalen Hysterektomie ist 3—4mal größer als die der vaginalen. Endresultate liegen noch nicht vor, nach den bisherigen Mittheilungen ist diesbezüglich nichts Gutes zu erwarten.

Bezüglich der Wahl der abdominalen oder vaginalen Methode ergiebt sich folgende Indikationsstellung:

1) Das Normalverfahren für alle Uteruscarcinome, die noch auf das Organ beschränkt sind, ist die vaginale Hysterektomie.

2) Im Hinblicke auf die Leistungsfähigkeit des vaginalen Verfahrens und die Gefahr des abdominalen Vorgehens sind wir geradezu verflichtet, eine Erweiterung des Indikationsgebietes der vaginalen Operation zu erstreben.

3) Die abdominelle Hysterektomie soll nur bei absoluter Indikation, d. h. bei Unmöglichkeit vaginaler Durchführung (Komplikation mit Myomen, Ovarialkystomen etc.) zur Anwendung kommen.

Die Erweiterung der vaginalen Methode kann durch Anwendung des Schuchardt'schen paravaginalen Entspannungsschnittes bewirkt werden. Vortr. plaidirt zum Schlusse für die principielle Vornahme dieser Incision, die sich ihm in 10 Fällen vorzüglich bewährt hat, und illustrirt die Leistungsfähigkeit dieses Hilfsschnittes an Präparaten exstirpirter Uteri. (Selbstbericht.)

---

69) K. Schuchardt (Stettin). Über die paravaginale Methode der Exstirpatio uteri und ihre Enderfolge beim Uteruskrebs.

Redner empfiehlt, den von ihm 1893 angegebenen Paravaginalschnitt grundsätzlich in jedem Falle von Uteruscarcinom anzuwenden, und demonstrirt die Leistungsfähigkeit der Methode an zahlreichen Präparaten. Die topographisch-anatomischen Verhältnisse des Schnittes

wurden von Herrn Dr. Jablonowski an einem im Institute des Herrn Geh.-Rath Waldeyer gewonnenen Präparate erläutert.

Von sämmtlichen von S. paravaginal Operirten starben

bei ausschließlich paravaginaler Operation von	83 : 8	= 9,6 %
» Exstirpatio recti et vaginae und doppelseitigem Paravaginalschnitt von	3 : 1	= $33^1/_3$ %
» Exstirpatio uteri per laparotomiam und Paravaginalschnitt von	4 : 2	= 50 %
Gesammtmortalität von	90 : 11	= 12,2 %

Über die Dauerheilungen giebt die nachfolgende Tabelle Aufschluss:

1894—1901.

Gesammtübersicht der Krebsfälle.

	Zahl	† post op.	Recidiv	Geheilt
A. Leichte Operation	9	0 = 0 %	1 = 11,1 %	8 = 88,9 %
B. Komplicirte Operation	27	3 = 11 »	14 = 52 »	10 = 37 »
C. Sehr schwere Operation	22	4 = 18 »	15 = 68 »	3 = 14 »
Sa.	58	7 = 12 %	30 = 51,7 %	21 = 36,3 %

1894—1899.

A.	7	0	1	6
B.	20	1	12	7
C.	15	3	10	2
Sa.	42	4 = 9,5 %	23 = 54,8 %	15 = 35,7 %

1894—1896.

A.	4	0	0	4
B.	12	1	7	4
C.	9	1	6	2
Sa.	25	2 = 8 %	13 = 52 %	10 = 40 %

Die absolute Heilbarkeitsziffer des Uteruscarcinoms, aus der procentuarischen Operabilität und den Dauerresultaten berechnet, ergiebt folgende Zahlen:

		Operabilität	Dauernd geheilt		Abs. Heilbarkeit
Leopold	hatte bei	20,4 %	50 %	=	10,2 %
Kaltenbach	» »	40 »	21 »	=	8 »
Thorn	» »	35 »	25 »	=	7 »
Olshausen-Winter	» »	28,7 »	33 »	=	9,6 »
Schauta	» »	14,7 »	20 »	=	3 »
Schuchardt 1894—1901	» »	56 »	26 »	=	20,6 »
Schuchardt 1894—1896	» »	61 »	40 »	=	24,5 »

Da diese Resultate an einem sehr ungünstigen Materiale, dem eines allgemeinen städtischen Krankenhauses, gewonnen sind, so geht daraus die Berechtigung hervor, die Indikation zur Exstirpatio uteri mit Hilfe der paravaginalen Methode bis an die Grenze des technisch Möglichen auszudehnen. (Selbstbericht.)

70) **Döderlein** (Tübingen). Über eine neue vaginale Operationsweise der vaginalen Totalexstirpation.

Das Wesentliche des Operationsverfahrens besteht darin, dass der ganze Uterus sammt hinterem und vorderem Scheidengewölbe in einem Zuge und ohne jede präventive Blutstillung median, also sagittal gespalten wird. Der Schnitt beginnt im hinteren Scheidengewölbe, setzt sich unter gleichzeitigem Hervorziehen des Uterus in dessen hinterer Wand fort, um nach Spaltung der vorderen Uteruswand im vorderen Scheidengewölbe zu enden, wodurch das Blasengebiet zugänglich gemacht ist. Der Hauptvortheil liegt darin, dass durch die präliminare Entwicklung des in 2 Hälften zu theilenden Uterus das sonst verborgene und schwierige Operationsgebiet frei gelegt und der Außenfläche des Körpers so nahe gerückt wird, dass dessen Übersichtlichkeit eine gleiche ist, wie etwa bei Operationen an den äußeren Genitalien. Durch die Spaltung und eventuelle Verkleinerung des Uterus gelingt dessen Entwicklung durch den mittels Längsschnitt leicht zu eröffnenden Douglas'schen Raum.

(Selbstbericht.)

---

71) **Dührssen** (Berlin). Die vaginale Laparotomie als Konkurrenzoperation der ventralen Laparotomie auf Grund von 87 Fällen.

Der von D. angegebene vordere Scheiden-Bauchschnitt (Kolpokoeliotomia anterior) hat ihm den Bauchschnitt fast ganz entbehrlich gemacht. Die Technik des ersteren ist, wie D. an zahlreichen Momentphotographien demonstrirt, eine typische und leistungsfähige. Selbst die größten Eierstocksgeschwülste lassen sich durch die Scheide entwickeln und ihr Stiel sicher abbinden. Die Vortheile des Scheiden-Bauchschnittes bestehen in der geringen Mortalität — trotz zahlreicher schwieriger Fälle hatte D. unter der letzten Reihe von 374 Fällen nur 2% Mortalität —, in der schnellen Wiederherstellung und der Vermeidung aller mit der Bauchnarbe verknüpften Unbequemlichkeiten und Gefahren. 700mal hat D. bei Retroversio-flexio operirt, in denen in der Mehrzahl der Fälle die fehlerhafte Uteruslage mit den verschiedensten Adnexerkrankungen oder mit chronischer Beckenentzündung kombinirt war. Die durch letztere gesetzten Verwachsungen des Uterus und der Adnexe lassen sich durch die Kolpokoeliotomia anterior unter Leitung des Auges durchtrennen, und durch die Vaginifixation, auch des anteflektirten Uterus, lässt sich ihre Wiederbildung verhüten, ein Vortheil, welcher der Kolpokoeliotomia posterior gänzlich abgeht. Die nach Vaginifixation beobachteten Geburtsstörungen lassen sich durch die sorgfältige Vernähung der Bauchfellöffnung vermeiden, wie D. sie seit 1895 übt. Die 36 danach beobachteten Geburten sind ganz normal verlaufen. 70mal hat D. die Vaginifixation bei großen Vorfällen ausgeführt. Zur Verhütung von Recidiven ist hier die ausgiebigste Ablösung der Blase

von der Cervix, den Parametrien und dem Blasenperitoneum besonders wichtig.

In 300 Fällen wurden bei den verschiedensten Entzündungen oder Neubildungen der Eileiter und der Eierstöcke diese entfernt (darunter 28mal die gravide Tube mit 1 Todesfalle) — doch wurde außer der Gebärmutter meistens ein Eierstocksrest zurückgelassen, um jugendlichen Frauen mit der Menstruation ihren weiblichen Geschlechtscharakter zu erhalten.

In 200 Fällen wurden konservative Operationen an den Adnexen vorgenommen, die Resektion beider Eileiter zur Verhütung der Konception bei schweren Krankheitszuständen, die Salpingotomie zur Ermöglichung einer Konception und besonders häufig die Ignipunktur oder Resektion der kleincystisch degenerirten Eierstöcke, nach welcher D. normale Schwangerschaften beobachtet hat.

In 74 Fällen wurden konservative Operationen am Uteruskörper vorgenommen, meistens Myomenukleationen, 6mal bei unstillbaren Blutungen an Stelle der Totalexstirpation die Excision der ganzen Uterusschleimhaut. Trotz leichterer Technik war die Mortalität dieser Operationen größer als die der Adnexoperationen. — Selbst in den schwierigsten Fällen ermöglicht die Hinzufügung der Durchtrennung eines Lig. latum zur Kolpokoeliotomia anterior, die Kolpokoeliotomia anterior lateralis, die sichere Entfernung der eiterhaltigen Adnextumoren, die Zurücklassung des Uterus und gesunder Adnexe. Der Uterus lässt sich bei dieser Methode seitlich ganz aus der Vagina herausziehen. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Olshausen (Berlin) stimmt in allen wesentlichen Punkten mit Jordan überein. Er operirt vorzugsweise vaginal, abdominal nur dann, wenn die Größe des Uterus bei vaginaler Operation eine Zerstückelung des Organs nothwendig machen würde. In der Indikationsstellung ist er zwar seit $3^1/_2$ Jahren versuchsweise weiter gegangen als früher, ist aber dabei nur in seiner Überzeugung befestigt worden, dass die Exstirpation des carcinomatösen Uterus nur da Aussicht auf radikalen Erfolg verspricht, wo das Carcinom den Uterus und die Scheidenwand noch nicht überschritten hat. Er will desshalb von der Drüsenexstirpation absehen, nach den durch Wertheim festgestellten Thatsachen noch mehr als früher. Recidive kommen noch nach mehr als 5 Jahren, wenngleich selten, vor.

Den Schuchardt'schen Hilfsschnitt, den O. schon im April 1881, wenn auch nicht genau so, wie Schuchardt vorschreibt, anwandte, will er sparsam gebrauchen; nur in 3—4% der Fälle hält er ihn für unvermeidlich.

Die septische Infektion ist jetzt meistens zu vermeiden, da wir gelernt haben, das jauchende Carcinom sicher zu desinficiren. Die Hauptgefahr droht noch von der Pyometra, die in etwa 5% der Fälle das Carcinom komplicirt, und deren Inhalt enorm infektiös ist.

Die von Döderlein geschilderte Operationsweise begrüßt O. als eine, vielleicht werthvolle, Bereicherung der Technik, glaubt aber, dass sie nur bei beginnenden Portio- und Cervixcarcinomen Verwendung wird finden dürfen, weil bei vorgeschrittenen Fällen doch die Spaltung des Uterus größere Gefahr der Infektion bringen würde. Es muss sich auch erst zeigen, ob bei vorgeschrittenen Cervixcarcinomen, wo die Harnblase schon auf der Uteruswand fixirt ist, die spontane Lösung der Blase bei dem Döderlein'schen Verfahren so leicht vor sich geht, wie Redner dies geschildert hat. Bei den Fällen beginnender Neubildung ist auch die stumpfe Ablösung mit den Fingerspitzen, wie man sie bisher übt, für die Blase kaum gefährlich. (Selbstbericht.)

Martin (Greifswald) fand bei der Auslösung der Lymphdrüsen, entgegen den Angaben Wertheim's, dieselben oft gar nicht krebsig entartet. Den Schuchardt'schen Schnitt hat M. früher nur wenig gemacht; 1mal erlebte auch er eine unstillbare Blutung dabei. Doch räth er zu weiteren Versuchen. Die von Olshausen erwähnten Gefahren der neuen Döderlein'schen Operation erscheinen M. dadurch verringert zu sein, dass der Uterus außerhalb der Bauchhöhle eröffnet wird. Gefährlich erscheint aber auch ihm das Ablösen der Blase, da man oft breite Verwachsungen zwischen letzterer und dem Uterus vorfindet. M. ist Anhänger der vorderen Kolpotomie, möchte aber auch die hintere nicht missen.

Wertheim (Wien) ist seit $2\frac{1}{2}$ Jahren unbedingter Anhänger der abdominalen Operation, zu der er wegen der schlechten Dauerresultate bei den Carcinomoperationen gelangt ist. W. hat bis jetzt 50 Fälle abdominal operirt, dabei principiell möglichst viel Drüsen und parametranes Gewebe fortgenommen. W. operirte alle Fälle, die überhaupt zur Radikaloperation geeignet erschienen, und sah bis jetzt kein Recidiv. Die exstirpirten Drüsen wurden alle genau untersucht: in 36% der Fälle waren sie carcinös, mehrere darunter ganz im Beginne. W. ist der Ansicht, dass die Drüseninfektion schon früh zu Stande kommt; daher solle man die Drüsen stets mit entfernen. Der Hauptwerth der abdominalen Methode liegt in der gründlichen Exstirpation der Parametrien. Hierin steht auch die Schuchardt-sche Operation der abdominalen nach.

Unter seinen letzten 20 Fällen hatte W. nur 3 Todesfälle (= 15%), darunter 2 wegen Nekrose der Ureteren. Diese Eventualität wird in Zukunft zu vermeiden sein. Im 3. Todesfalle bestanden schon Metastasen in der Leber. W. glaubt bestimmt, dass die Zukunft der Uterusexstirpation wegen Carcinom der ventralen Methode gehört. **Jaffé** (Hamburg).

H. Brenner (Linz a. d. D.) spricht zu Gunsten der sacralen Exstirpation, wie sie von Kraske für den Mastdarm, von Hochenegg für den Uterus angegeben wurde. B. hat von 1892 bis Ende 1900 in 76 Fällen diese Methode ausgeführt; 8 Fälle (10, 5%) starben im An-

schlusse an die Operation (außerdem wurde in 6 Fällen die Operation versucht, aber wegen zu ausgedehnter Verwachsungen wieder aufgegeben — kein Todesfall —); bedenkt man, dass unter den Verstorbenen Einige sind, bei denen Verletzungen oder Nekrose der Blasenwand den ungünstigen Ausgang herbeiführten, so ist klar, dass durch eine Verbesserung der Technik auch eine Verringerung der Mortalität in Aussicht zu stellen ist; die Gefahr und Größe des Eingriffes erscheint B. nicht so nennenswerth.

In 59 Fällen konnte über die Heilungsdauer eine Nachricht eingezogen werden, wobei sich ergab, dass 18 (30%) 3 Jahre recidivfrei blieben. Im März 1901 lebten noch: 1 Frau 7 Jahre p. o., 3 Frauen 6 J. p. o., 2 Frauen 5 J. p. o., 2 Frauen 4 J. p. o. und 5 Frauen 3 J. p. o.

Die Spitalsbehandlung betrug im Durchschnitte 40 Tage (zwischen 11 und 90 Tage). Die Operation wurde stets in Seitenlage ausgeführt, Levator ani und das durchmeißelte Steiß- oder Kreuzbein nach der Exstirpation des Uterus wieder vernäht, der Uterus durch die Öffnung im Peritoneum herausgeholt und vom Fundus beginnend nach abwärts frei gemacht und sammt der Scheide von der Blase abgelöst. Erst zum Schlusse folgt die quere Durchtrennung der Scheide, so dass die Gefahr der Wundinfektion durch septische oder Krebskeime auf das Geringste eingeschränkt wird.

Die Bauchfellwunde wird geschlossen und die retroperitoneale Wunde von der Scheide her mit Jodoformgaze tamponirt. B. glaubt, dass die sacrale Methode besonders in schwierigen Fällen anderen Methoden gegenüber konkurrenzfähig ist. (Selbstbericht.)

---

72) **Wilms** (Leipzig). Epiphysenentwicklung an der oberen Extremität im Röntgenbilde.

1) Hand und Handwurzelknochen.

Beim Neugeborenen sind die Epiphysen der Finger und Metacarpalknochen so wie die Handwurzelknochen noch alle knorpelig. Im 4.—6. Monate erscheint ein Knochenkern im Os capitatum und hamatum, Anfang des zweiten Jahres im Os triquetrum und in der Epiphyse des Radius, am Ende des zweiten Jahres in den Basalepiphysen der Finger- und Köpfchenepiphysen der Metacarpalknochen. Im 4., 5. und 6. Jahre zeigt sich ein Knochenkern im Os lunatum, Os multangulum majus und minus, im 7. Jahre in der unteren Ulnaepiphyse, im 11.—12. Jahre erscheint ein Knochenkern im Os pisiforme, etwas später in den Sesambeinchen des Daumens. Bis zum 20. Jahre sind alle Epiphysenlinien verstrichen.

2) Ellbogengelenk.

Im 2. Jahre erscheint ein Knochenkern in der Eminentia capitata, in 5.—6. Jahre in der oberen Radiusepiphyse, im 9. Jahre im Olecranon, in der Zeit vom 10.—12. Jahre im Epicondylus internus, Epicondylus externus und in der Trochlea. Im 13. Jahre ist das

Bild der Epiphysenentwicklung enorm komplicirt, besonders die zackige Form der Trochlea kann leicht zu Verwechslung mit Frakturen Anlass geben. Im 18. und 19. Jahre ist die Verknöcherung beendet.

3) Schultergelenk.

Im 6.—8. Monate erscheint schon ein Knochenkern im Humeruskopfe, im 2. Jahre ein zweiter im Tuberculum majus, diese beiden verschmelzen zu einem im 7. Jahre. Bis zum 20. Jahre sind die Epiphysenlinien verstrichen.

Im 15.—16. Jahre zeigen sich 4—5 Knochenkerne im distalen Ende des Acromion, die im 18. Jahre mit dem Acromion verschmelzen.

Die Knochenentwicklung kann auf beiden Körperhälften, z. B. beiden Handwurzelknochen, etwas schwanken, so dass rechts z. B. 3, links 4 Handwurzelknochen vorhanden sind. Größere Differenzen sind in der Regel pathologisch, so bei einem 8jährigen Knaben, den wir zu untersuchen Gelegenheit hatten. Links waren nur 3 Handwurzelknochen, rechts 7 in Verknöcherung begriffen. Es handelt sich hier wohl sicher um eine Tuberkulose des Handgelenks. Die tuberkulöse Entzündung ist also im Stande, die Verknöcherung anzuregen und zu beschleunigen. (Selbstbericht.)

---

73) **P. Sudeck** (Hamburg). Vorzeitige Epiphysenverknöcherung in Folge von Knochenatrophie bei Tuberkulose der großen Gelenke. Demonstration von Lichtbildern.

Bei 3 Pat., die sämmtlich dem Abschlusse der Wachsthumsperiode nahe waren, zeigte sich in den peripher von dem tuberkulösen Gelenke gelegenen atrophischen Skelettabschnitten Verknöcherung von Epiphysenlinien, die an demselben Skeletttheile der gesunden Seite noch knorpelig waren. An atrophischen Knochen von Kindern konnte diese vorzeitige Verknöcherung niemals nachgewiesen werden. Der Vorgang ist natürlich nicht ohne Bedeutung für das Wachsthum der betreffenden Knochen. (Selbstbericht.)

---

74) **F. Kayser** (Berlin). Über Hochstand der Scapula mit kongenitalen Halsmuskeldefekten.

K. demonstrirt einen Fall von Hochstand der linken Scapula mit Halsmuskeldefekten. 19jähriger Steinträger, welcher beschwerdefrei arbeitet. Muskulatur sehr gut entwickelt. Brustkorb ohne auffallende Deformität. Die linke Clavicula ist 1 cm kürzer wie die rechte. Keine Skoliose, leichte kyphotische Verkrümmung der Wirbelsäule. Die linke Scapula steht in augenfälliger Weise ($2^1/_2$ cm) höher wie die rechte. Höhe der linken Scapula 23 cm, der rechten Scapula 18 cm. Die Höhendifferenz ist bedingt durch eine stärkere Entwicklung ausschließlich des über der Spina scapulae befindlichen

Theiles des linken Schulterblattes. Der obere mediale, 3 Querfinger oberhalb der linken Clavicula stehende Schulterblattwinkel, welcher der oberflächlichen Betrachtung als Halsrippe imponirt, ist hakenförmig nach vorn umgebogen derart, dass es möglich ist, die Vorderfläche des oberen Theiles des Schulterblattes abzutasten. Bewegungen im Schultergelenke bis auf eine geringe Beschränkung der Abduktion unbehindert. Geringe Entwicklung des rechten M. sternocleido-mastoideus; der linke M. sternocleido-mastoideus fehlt vollständig, auch elektrisch sind Fasern des Sternocleido-mastoideus nicht nachzuweisen. Kein Caput obstipum. Bei horizontaler Haltung der Arme starke grubenförmige Vertiefung der linken Supraclaviculargrube. Funktionell treten für den Sternocleido-mastoideus ein: der stark entwickelte linke M. omohyoideus so wie der linke M. trapezius, welcher mit seinen Fasern etwas mehr pektoralwärts wie rechts ansetzt, im Ganzen aber schwächer entwickelt ist wie rechts und in seinen mittleren hinteren Theilen einen deutlichen Defekt zeigt. Beide Gesichtshälften sind gleich entwickelt. Auf dem Röntgenbilde ist in sehr charakteristischer Weise der die Clavicula ungefähr 5 cm überragende obere Schulterblattrand sichtbar; eine Exostose am oberen Scapularwinkel ist nicht erkennbar. Dagegen zeigt sich ein vom 6. Halswirbel nach unten sich erstreckender Knochenschatten, welcher als Halsrippe gedeutet werden muss. Palpationsbefund bei der starken Muskulatur unsicher. (Selbstbericht.)

---

75) **Hofmeister** (Tübingen). Eine neue Repositionsmethode der Schulterluxation.

H. benutzt zur Reposition der Schulterluxation die Gewichtsextension mit senkrechter Suspension des Armes, wobei die Körperschwere als Kontraextension dient. Das Verfahren wird folgendermaßen ausgeführt:

1) Der Pat. wird möglichst bequem auf die gesunde Seite gelagert.

2) Am luxirten Arme wird eine starke Leinwandzugschlinge, welche bis zur Deltoideusinsertion hinaufreicht, mit einer nassen Mullbinde (vom Metacarpus beginnend) so fest als möglich angewickelt.

3) Mittels Drahthaken und Zugschnur, welche über eine in genügender Höhe angebrachte Rolle geleitet wird, bringt man die Zugschlinge mit den extendirenden Gewichten in Verbindung.

4) Zunächst wird mit 5 kg belastet, dann in Pausen von 1 bis 5 Minuten von 5 zu 5 kg gestiegen, bis (wenn nicht etwa schon vorher Reposition erfolgt ist) 20 kg erreicht sind. Dann wird abgewartet. Wenn keine besonderen Hindernisse vorliegen, tritt der Kopf in 10 bis 15 Minuten ins Niveau der Pfanne und schnappt entweder von selbst ein, oder lässt sich durch einen leichten Druck von der Achselhöhle her hineinbefördern. Vortr. pflegt, wenn der Kopf ins Pfannen-

niveau getreten ist, den Arm in der Weise herabzuholen, dass er mit der einen Hand am Handgelenke des Pat. extendirt, mit der anderen den Humeruskopf gegen die Pfanne hinaufzieht oder -drängt und nun den Arm adducirt. Dabei erfolgt dann die Reposition ohne besondere Kraftanstrengung; ist sie vorher schon erfolgt, so hat das Manöver den Vorzug, dass eine Reluxation beim Abnehmen der Extension sicher vermieden wird. — Als Vorzüge des Verfahrens nennt Vortr.:

1) Vermeidung der Narkose.

2) Einfachheit der Technik; geschulte Assistenz ist entbehrlich.

3) Absolute Unschädlichkeit.

Unter 13 ohne Auswahl mit Gewichtszug behandelten Luxationen war nur 2mal Übergang zur Narkose nöthig; beide Misserfolge fielen in die Zeit der ersten Versuche. In 11 Fällen (darunter eine 8-, eine 10- und eine 14tägige Luxation) erfolgte glatte Reposition.

(Selbstbericht.)

---

76) **Hildebrand** (Basel). Habituelle Schulterluxation.

H. macht Mittheilung über 2 Fälle von habitueller Schulterluxation, in welchen der innere Pfannenrand abgebrochen war. Beide Fälle wurden so operirt, dass durch Vertiefung der Pfanne mit dem Hoffa'schen Löffel ein neuer prominenter Pfannenrand gebildet und die an der Innenseite vorhandene sackartige Erweiterung der Kapsel durch Ausstopfen mit Gaze zur Obliteration gebracht wurde. Beide Male wurden bewegliche Gelenke erzielt, die sich bis jetzt nicht wieder luxirten.

Weiter berichtet er noch über 2 Fälle von habitueller Luxation der Patella, deren einer durch Osteotomie des Femur, der andere durch Verlagerung der Tuberositas tibiae geheilt wurde.

(Selbstbericht.)

---

77) **J. Rotter** (Berlin). Resektion des ganzen Humerusknochens wegen Osteofibroms mit Erhaltung des Vorderarmes.

Die 47 Jahre alte Pat. erlitt vor 10, 6 und 3 Jahren eine Fraktur etwa der Mitte des rechten Oberarmes. An der Bruchstelle bildete sich, seit 3 Jahren bemerkbar, ein Tumor, der den Oberarm spindelförmig auftrieb und fast von einem Gelenkende zum anderen reichte. Nachdem auch mikroskopisch festgestellt worden war, dass der Tumor relativ wenig maligne sei, wurde statt der schulgemäßen Exartikulation im Schultergelenke eine ausgedehnte Resektion beschlossen. Der Humerus mit der gesammten Oberarmmuskulatur wurde vom Schulter- bis zum Ellbogengelenke resecirt, so dass am Schlusse der Operation der Vorderarm mit der Schulter nur noch durch die Haut, die großen Gefäße und Nerven zusammenhing. Vom N. radialis war noch ein 20 cm langes Stück resecirt worden. — Die

Wundversorgung geschah in der Weise, dass das Olecranon an den unteren Rand der Cavitas glenoidalis scapulae angenäht, also der Vorderarm an die Scapula gehängt wurde. Haut und Gefäße legten sich in große Falten. Die Enden des resecirten Radialis wurden mit einander vernäht. — Heilung glatt. — Das Resultat ist folgendes: Die Radialisparalyse verschwand $^3/_4$ Jahr post op. — Seitdem können die Finger und das Handgelenk alle Bewegungen ausführen, nur fallen sie schwächer als beim Normalen aus. — Keine Stauungserscheinungen, keine Schmerzen. — Die Pat. vermag bimanuell leichte Arbeiten auszuführen, wie Sticken, Nähen etc., doch muss dabei der Vorderarm, der auf der Seite herabhängt, nach vorn gebracht werden, indem er in eine Gabel am Taillengürtel fixirt wird.

In kosmetischer Beziehung hat Pat. durch einen Puffärmel den Defekt am Arme so zu verbergen verstanden, dass der Laie ihn kaum bemerkt. — Mikroskopisch hat sich der Tumor als Osteofibrom erwiesen. Ein Recidiv ist jetzt 4 Jahre post op. nicht eingetreten und wohl nicht zu befürchten. (Selbstbericht.)

---

78) **P. Sudeck** (Hamburg). Vorderarmverrenkung.

S. demonstrirt Röntgenbilder von 4 Pat., bei denen im Anschlusse an eine Luxation beider Vorderarmknochen nach hinten sich eine Verknöcherung des Musculus brachialis internus ausgebildet hatte. Bei einem der Pat. sah man im Verlaufe des Muskels dicht am Ansatze an den Processus coronoideus ulnae nur eine kleine Knochenspange. Hier war durch orthopädische Behandlung die Funktion des Ellbogengelenks fast völlig hergestellt. Bei dem 2. Falle konnte man die Knochenbildung bis auf den Processus coronoideus deutlich verfolgen. Die Funktion war erheblich gestört. Eben so war es im 3. Falle. Man fühlte hier einen großen Knochencallus, konnte jedoch bei der Durchleuchtung, die $3^1/_2$ Wochen nach der Verrenkung vorgenommen wurde, zunächst keinen Callus konstatiren. Die Photographie zeigte jedoch einen wenig tief schattenden ausgedehnten Muskelcallus. Im 4. Falle war eine völlige rechtwinklige knöcherne Ankylose eingetreten. Hier sah man an der Stelle des Oberarmansatzes des Musculus brachialis internus streifenförmig angeordnete Knochenmassen, der ganze Muskel schien verknöchert zu sein, und in der Ellenbeuge fanden sich Callusmassen, die seitlich über die Muskelgrenzen hinausgingen. Außerdem war an der Stelle des Ansatzes der Tricepssehne in dieser eine Knochenbildung zu konstatiren. Ein Versuch, die Knochenmassen zu exstirpiren, misslang völlig. Die knöcherne Ankylose stellte sich wieder her.

(Selbstbericht.)

---

79) **J. Wolff** (Berlin). Zur Resectio cubiti im Kindesalter.

Kummer und Oschmann geben nach den reichhaltigen Erfahrungen der Berner Klinik bei Erwachsenen mit tuberkulöser Ell-

bogengelenkserkrankung der Resectio cubiti den Vorzug vor der Arthrektomie.

Bei Kindern dagegen bevorzugen sie, um der späteren zu großen Verkürzung der Extremität vorzubeugen, die Arthrektomie.

Bei der anwesenden 31jährigen Pat. hat W. vor 28 Jahren, als dieselbe $2^3/_4$ Jahr alt war, links die typische Resektion der kariösen drei Gelenkenden vorgenommen. Es bietet sich also hier die wohl seltene Gelegenheit einer Beobachtung, deren Dauer vom nicht ganz vollendeten 3. Lebensjahre ab die ganze spätere Wachsthumszeit der Pat. umfasst. Es waren vom Humerus 22, von der Ulna 29, vom Radius 6 mm entfernt worden. Überall war die Absägung jenseits der Linie des Epiphysenknorpels geschehen.

Jetzt hat der rechte Humerus trotz der von ihm abgesägt gewesenen 2 cm gleiche Länge mit dem linken. (Eine analoge Beobachtung von vermehrtem Humeruswachsthum nach Resectio cubiti ist schon früher von Ollier gemacht worden.) Auch die Ulna ist links mehr gewachsen, als rechts. Sie misst — trotz der entfernten 3 cm — 22 cm gegen 24 cm rechts.

Hiernach dürfte auch bei Kindern die Totalresektion des tuberkulösen Ellbogengelenkes den Vorzug vor der Arthrektomie verdienen.

Die Funktion des Gelenkes ist vortrefflich. Beugung und Streckung geschehen mit voller Kraft in normaler Exkursionsweise. Die Pat. ist seit ihrem 16. Jahre Arbeiterin in der Reichsdruckerei. Sie verrichtet volle Arbeit und bezieht vollen Lohn. (Selbstbericht.)

---

80) **J. Wolff** (Berlin). Über Arthrolysis bei Ellbogengelenksankylose.

Das Verfahren der »Arthrolyse« (Durchschneidung, Durchmeißelung oder auch Entfernung aller die Gelenksbewegung hindernden knöchernen oder fibrösen Stränge, Brücken oder Auflagerungen in offener Wunde, ohne Resektion der vollständig skelettirten Gelenkenden der Knochen) ist von W. in 9 Fällen von Ankylose des Ellbogengelenkes angewandt. 6 dieser Fälle sind früher publicirt, 3 der Berliner Chirurgenvereinigung vorgestellt worden.

Der letztoperirte Fall betraf eine knöcherne Ankylose bei einer 22jährigen Schauspielerin.

Die Operation geschah im Juli v. J. — Am 11. Tage vollkommene Heilung per primam.

Seit November v. J. beugt die Pat. aktiv und schmerzlos bis 20°. Die Streckung geschieht bis 150°. Pro- und Supination geschehen in Exkursion von 100°. Beim Auftreten auf der Bühne macht sich keine Unbeholfenheit der Bewegungen mehr bemerklich, so dass die Pat. ihre Berufsthätigkeit, für welche sie ohne den operativen Eingriff vollkommen verloren gewesen wäre, wieder in vollstem Umfange auszuüben vermag. (Selbstbericht.)

Diskussion.

v. Eiselsberg (Wien) berichtet von einem Kinde, dem nach Scharlach beide Ellbogengelenke in gestreckter Ankylose geblieben waren. Das Resultat war an beiden Seiten verschieden: rechtwinklige Ankylose der einen, ziemlich gut bewegliches Gelenk der anderen Seite; hier hatte er von zwei Schnitten aus das Gelenk frei gelegt. Diese Methode scheint also die bessere zu sein.

Kocher (Bern). Von besonderer Bedeutung für das Resultat ist der jeweils erhaltene Grad der Muskelfunktion. Nach der Operation stellt sich eine Art Luxationsstellung her, die er etwa 14 Tage bestehen lässt. Die Knochenenden überkleiden sich mit Bindegewebe und bewegen sich — dann eingerichtet — glatter gegen einander; so gestatten sie auch frühzeitiger aktive Bewegung.

Christel (Metz).

J. Wolff (Berlin). Der von ihm vorhin mitgetheilte Fall von Arthrolyse hat gezeigt, dass bei dieser Operation der nach geschehener Wundheilung angelegte Etappenverband eben so gut zum Ziele der Verringerung der Schmerzhaftigkeit der Gelenksbewegungen führen kann, wie das Verfahren des Herrn Kocher, den Gelenksenden anfänglich eine Luxationsstellung zu geben. (Selbstbericht.)

---

81) **Joachimsthal.** Beiträge zum Verhalten des Hüftgelenkes bei der angeborenen Luxation (mit Demonstration von Präparaten und Vorstellung von durch unblutige Reposition geheilten Patienten).

J. demonstrirt zunächst an 5 Präparaten, von denen 2 doppelseitige Verrenkung aufweisen, diejenigen Veränderungen, die bei der angeborenen Luxation des Hüftgelenkes im späteren Lebensalter zu Stande zu kommen pflegen. An allen Präparaten ist die Pfanne, und zwar stets in deutlichster Weise vorhanden. Sie ist kleiner und flacher als normal, dabei aber an einzelnen Gelenken noch so vertieft, dass ein stark abgeschliffener Kopf, namentlich in Abduktionslage, nothdürftig in ihr Platz finden könnte. Die Hüftgelenkspfanne hat stets die ihr normale Form einer Hohlkugel verloren und sich dafür in eine mehr plane Fläche von dreieckiger Gestalt verwandelt, deren obere und namentlich hintere Umrandung wallartig vorspringt, während dem Foramen obturatorium gegenüber kein deutlicher Grenzwall besteht. An 3 der demonstrirten Becken findet sich an der äußeren Darmbeinfläche nach außen und oben von dem hinteren Pfannenrande eine dem neuen Standorte des Kopfes entsprechende Vertiefung. An dem Oberschenkelkopfe, wie an dem ganzen oberen Femurende besteht eine beträchtliche Atrophie; die mit dem Darmbeine in Kontakt gewesene hintere und innere Fläche des Kopfes erweist sich als stark abgeplattet, der von dem Schenkelschafte und

Schenkelhalse gebildete Winkel ist fast stets im Sinne einer Coxa vara verkleinert. An einem in toto erhaltenen Oberschenkel tritt die in letzter Zeit namentlich wieder von Schede betonte Sagittalstellung des Schenkelhalses besonders deutlich zu Tage.

An dem einen der vorgelegten Präparate ist die Kapsel noch erhalten; sie lässt im Gegensatze zur Norm überall die Kontouren des Kopfes und Halses erkennen. Ihre vordere Wand bildet mit der alten Pfanne eine Art von Tasche. Oberhalb des hinteren, oberen Pfannenrandes findet sich eine Verengerung.

Im Gegensatze zu diesen Präparaten demonstrirt J. alsdann eine Reihe von Pat., bei denen er vor längerer Zeit die unblutige Reposition ein- resp. doppelseitiger Hüftverrenkungen mit dauerndem Erfolge vorgenommen und durch in regelmäßigen Zwischenräumen vorgenommene Röntgenaufnahmen die Umwandlung zu verfolgen versucht hat, die im Anschlusse an diesen Eingriff an den knöchernen Theilen des Gelenkes sich vollziehen. Entsprechend der tadellosen Funktion der Hüftgelenke ergab sich an den Skiagrammen eine beträchtliche Vertiefung der knöchernen Pfannengrundlage, eine erhebliche Zunahme des Caput femoris, während der Schenkelhals bei zwei, 9 resp. $8^1/_2$jährigen Mädchen, bei denen J. vor 3 resp. $1^1/_2$ Jahren die Einrenkung vollzogen hat, noch eine auffallende Kürze erkennen lässt. An stereoskopischen Aufnahmen ließ sich hier auch eine leichte Anteversionsstellung des Schenkelhalses demonstriren. Zum Schlusse zeigt J. noch einige Röntgenbilder unvollständiger Hüftgelenksluxationen. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Küster (Marburg) findet unter den Knochenpräparaten eine ihm unbekannte Beckenform mit dreieckiger, relativ tiefer Pfanne, mit welcher die konische Form des zugehörigen Schenkelkopfes recht gut harmoniren würde. Ob hier kongenitale oder erworbene Luxation vorliege?

Joachimsthal (Berlin) kennt zwar die Anamnese des Falles nicht, glaubt jedoch kongenitale Luxation annehmen zu sollen.

Hoffa (Würzburg) schließt aus der Dicke der Beckenwand in der Pfannengegend auf kongenitale Luxation; sie kann hier 2—3 cm betragen. Diese stärkere Dicke der Pfannengegend ist bei kongenitaler Luxation schon im frühesten Lebensalter vorhanden, und zwar ganz typisch. Bei allen anderen pathologischen Luxationen ist außerdem die Pfanne mehr rundlich, namentlich bei den paralytischen Luxationen ist die alte Pfanne mehr rundlich und nie so stark entwickelt als wie bei kongenitalen Luxationen. Außerdem besteht bei dem Joachimsthal'schen Präparate die typische Veränderung der kongenitalen Luxation am Schenkelkopfe, und man sieht oben und hinten von der Pfanne deutlich die Gleitfurche, auf welcher sich der luxirte Schenkelkopf hin und her bewegt hat. (Selbstbericht.)

---

82) **E. Payr** (Graz). Weitere Mittheilungen über die blutige Reposition veralteter Hüftgelenksverrenkungen bei Erwachsenen.

Im Anschlusse an 3 vor Jahresfrist publicirte Fälle von blutiger Hüftreposition pathologischer und traumatischer Luxationen Erwachsener berichtet Vortr. über zwei neue blutig reponirte Fälle und knüpft daran Bemerkungen über die bei diesen 5 Fällen gewonnenen Erfahrungen, sowohl die Technik der Operation, als auch pathologisch-anatomische Verhältnisse betreffend.

Es handelt sich im 4. Falle um einen 24jährigen Mann mit linksseitiger Luxatio iliaca, 6 cm Verkürzung, bei dem 4 Monate nach der Verletzung die Operation von Nicoladoni ausgeführt wurde.

Kocher'scher Schnitt. Völlige Skelettirung des Trochanters nothwendig. Die alte Pfanne findet sich völlig mit Schwarten erfüllt. Nach Ausräumung derselben gelingt die Reposition. Tod des Pat. im Collaps am Abend des Operationstages.

Der 5 Fall betrifft einen 34jährigen Mann, bei dem vom Vortr. 7 Wochen nach der Verletzung die blutige Reposition ausgeführt wurde (12. Februar) und bei dem nach völlig glattem Wundverlaufe 6 Wochen nach der Operation die Wunde bis auf 2 kleine Drainöffnungen verheilt, »beinahe normale passive, aber auch schon aktive Beweglichkeit im Gelenke vorhanden ist«. In diesem Falle gelang es unter Schonung der sich an der Hinterseite des Trochanters inserirenden Muskeln die Reposition auszuführen.

Verf. kommt unter Berücksichtigung von 5 blutigen Hüftrepositionen, von denen er 3 selbst auszuführen Gelegenheit hatte, zu folgenden Anschauungen:

1) Am zweckmäßigsten erweist sich der Übersichtlichkeit halber der Kocher'sche Schnitt für die Hüftresektion.

2) Möglichste Schonung der Muskelansätze ist die beste Gewähr für spätere gute Beweglichkeit des Gelenkes — aseptischer Verlauf vorausgesetzt. Auch das Verfahren von v. Mikulicz ist von diesem Gesichtspunkte aus empfehlenswerth. In schwierigen Fällen und bei pathologischen Luxationen (Distensionsluxationen) wird völlige Skelettirung des großen Trochanters nicht völlig zu umgehen sein.

3) Durch einige instrumentelle Behelfe wird die Technik des Eingriffes erleichtert. Vortr. verwendete ein sehr kräftiges, 50 cm langes gebogenes Elevatorium; ferner eine Hohlrinne, deren Handgriff mit zwei seitlichen Handhaben versehen ist, um den Kopf bei der Reposition auf einer schiefen Ebene in die Pfanne gleiten zu lassen.

4) Vom Wundverlaufe hängt das Schicksal des reponirten Gelenkes in hervorragender Weise ab. Es wurden vom Vortr. besondere Vorsichtsmaßregeln bei diesen Operationen getroffen, deren Schwerpunkt darin liegt, die Manipulationen bei der Reposition ohne Gefährdung des Operationsgebietes aseptisch aus-

führen zu können. (Graduirte Kompressen, aseptische Handquelen, steriles Leinentuch zur Kontraextension.)

5) Schaffung möglichst einfacher Wundverhältnisse ist bei diesem Eingriffe sehr bedeutungsvoll. Obwohl der primäre Wundverschluss das ideale Verfahren wäre, empfiehlt sich doch für schwierige Fälle für die ersten Tage Tamponade eines großen Theiles der Wunde mit Mikulicz-Schleier. Sorgfältige Individualisirung ist hier am Platze.

6) Zur Fixation nach geschehener Reposition wurde bisher entweder der Gips- oder der Extensionsverband verwendet. — Beide haben ihre Vor- und Nachtheile. Der Gipsverband ist insbesondere dann wenig geeignet, wenn es sich um tamponirte, stärker secernirende Wunden handelt, während er bei primärem Wundverschlusse das ideale Verfahren darstellt. Nach der Ansicht des Vortr. kommt es sehr auf den pathologisch-anatomischen Befund am eben reponirten Hüftgelenke an. Bei traumatischen Luxationen mit völliger Erhaltung des Pfannenknorpels ist die Gefahr einer Reluxation eine sehr geringe. Es handelt sich dann wohl nur darum, das Bein, in einer leichten Abduktionsstellung stehend, vor groben mechanischen Insulten zu schützen.

Es wurde daher im letzt operirten Falle der Pat. sofort nach der Operation in eine Bonnet'sche Drahthose gelegt, die beliebige Abduktion gestattete.

7) Die Resultate der Operation in funktioneller Hinsicht waren bislang noch keine völlig befriedigenden bei Erwachsenen, doch glaubt Vortr., dass gerade im letzten Falle die Beweglichkeit eine nahezu normale werden wird. Auch im zweiten vom Vortr. operirten Falle wurde ein gut bewegliches Gelenk erzielt. — Übungstherapie mit Pendelapparaten, warme Bäder, Massage spielen eine sehr wichtige Rolle in der Nachbehandlung. Die Krankenhauspatienten verlassen in der Regel viel zu früh das Spital. Die schlechteste Prognose bieten jene veralteten traumatischen und spontanen Luxationen, bei denen der Knorpelüberzug der Gelenkkörper völlig verloren ging. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Schede (Bonn). In einem Fall doppelseitiger Luxation nach Typhus war die unblutige Reposition unmöglich; auf einer Seite war Luxatio ischiadica, auf der andern Luxatio iliaca vorhanden. Es wurde zweizeitig operirt, und es erwies sich nöthig, in ausgedehntem Maße zu skelettiren; doch gelang die Annäherung der Muskelansätze gut. Die Nachbehandlung bestand in Gipsverband und Extension; das Ergebnis war gut.

Drehmann (Breslau) spricht zu Gunsten der Trochanterenabmeißelung nach v. Mikulicz; man konnte stets die Vereinigung mit dem Femur nach der Reposition wiederherstellen. Der quere

Schnitt klaffe bei Extension auch besser aus einander und gestatte sehr gute Übersicht. **Christel** (Metz).

---

83) **Reichard** (Cracau b/Magdeburg). Klinischer Beitrag zur Lehre von der Coxa valga (mit Krankenvorstellung).

R. giebt einen kurzen Bericht über eine Beobachtung, die er zu machen Gelegenheit hatte. Ein jetzt 13jähriges Mädchen hat in frühester Jugend eine Kinderlähmung durchgemacht, und es ist eine Parese der Hüftmuskulatur, besonders rechts, zurückgeblieben. Das Kind ist stets mit seinen gelähmten Beinen gegangen. Zur Röntgenaufnahme der Hüftgelenke, die Herr Dr. Blencke ausführte, sah sich R. veranlasst 1) durch das sehr ausgesprochene Watscheln des Kindels bei Ausschluss einer Luxation so wie einer Coxa vara, 2) durch eine sichtbare Abflachung der Trochantergegend und 3) durch einen bei zahlreichen Messungen zu konstatirenden Trochantertiefstand. Im Röntgenbilde — es wurden Aufnahmen bei allen möglichen Stellungen der Beine, besonders auch bei kräftiger Innenrotation vorgenommen — ist eine sehr erhebliche, besonders rechts ausgesprochene Vergrößerung des Schenkelhalswinkels, Coxa valga, zu sehen. Rechts zeigt auch der Kopf eine deutliche Verschiebung nach außen.

Die Genese dieser Vergrößerung des Schenkelwinkes denkt sich R. so, dass, seit das Kind geht, bei jedem Schritte die gesunde Psoasmuskulatur kräftig angespannt und dadurch ein starker Zug am Trochanter minor ausgeübt wird, während gleichzeitig Rumpf und Becken durch die Schwäche der äußeren Hüftmuskeln nach außen überfallen und einen nach außen und hinten wirkenden Druck und Zug auf Schenkelkopf und -Hals ausüben, also durch die Störung des Muskelgleichgewichtes in seiner Beziehung zu dem wachsenden Knochen. (Demonstration des Kindes und des Röntgenbildes.)

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Hoffa (Würzburg). Der vorgestellte Fall ist sicher keine Coxa valga. Nach genauester Untersuchung stehen beide Trochanteren in der Roser-Nélaton'schen Linie. Das Röntgenbild hat Herrn Reichard getäuscht. Es handelt sich einfach um einen Fall von Kinderlähmung, bei welchem eine starke Lordose der Lendenwirbelsäule und damit eine stärkere Steilheit des Beckens vorhanden ist. Wenn man in einem solchen Falle eine Röntgenaufnahme macht, so erhält man leicht das Bild einer Coxa valga vorgetäuscht. Beide Beine stehen auf dem Bilde in stärkerer Außenrotation. Hofmeister hat ja gezeigt, dass man mit der Deutung der Hüft-Röntgenbilder sehr vorsichtig sein muss. Je nach der Lage der Pat. und dem Stande der Röhre kann man alle möglichen Deformitäten am normalsten Hüftgelenke herausbekommen.

(Selbstbericht.)



84) **F. v. Mangoldt** (Dresden). Die Erkrankungen des Hüftgelenkes mit besonderer Berücksichtigung der Coxitis tuberculosa.

Vortr. demonstrirt an 40 Projektionsbildern von Röntgenaufnahmen die verschiedenen an der Hüfte vorkommenden Erkrankungsformen: Luxatio coxae congenitea, Coxa vara, traumatische Epiphysenlösung, Fractura colli femoris, Polyarthritis rheumatica chronica, chronische ankylosirende Entzündung des Hüftgelenkes, Osteomyelitis, Coxitis tuberculosa. Das reiche Material von Gelenktuberkulosen am Kinderhospital in Dresden hat Vortr. in den letzten 3 Jahren Gelegenheit geboten, an einer großen Anzahl von Coxitisfällen die bei der Hüftgelenkstuberkulose eintretenden Knochenveränderungen im Röntgenbilde darzustellen und diese Veränderungen in einer Anzahl von Fällen zeitlich zu verfolgen.

Er kommt auf Grund seiner klinischen Erfahrung über diese Erkrankung und auf Grund des Vergleiches der gesammelten Röntgenphotographien zu folgenden Schlüssen:

Die Röntgenphotographie gestattet uns ohne Weiteres, die verschiedenen Formen der Gelenksdeformitäten und Gelenkserkrankungen zu unterscheiden und die eintretenden Knochenveränderungen zeitlich zu verfolgen und danach das Stadium der Gelenkserkrankung zu bestimmen.

Die Röntgenphotographie ermöglicht uns wie kein anderes Verfahren, eine sichere Frühdiagnose beginnender tuberkulöser Coxitis zu stellen, und hat dadurch für die einzuleitende Behandlung einen unschätzbaren Werth.

Die Frühdiagnose beginnender Coxitis bei Kindern gründet sich im Röntgenbilde auf: Zurückbleiben des Knochenkernes im Schenkelkopfe, auf größere Durchlässigkeit des Schenkelkopfes in Folge eingetretener Auflockerung und Erweichung, auf Verdickung und Verkürzung des Schenkelhalses, oder auf abnorme Verlängerung desselben, besonders bei Sitz des tuberkulösen Herdes in der Gegend der oberen Epiphysenlinie, auf Erweiterung der Markhöhle im Schafte und auf Verdünnung der Corticalis, endlich auf rauchige Trübungen in den Kontouren der Pfanne.

Zumeist findet sich eine Anzahl der genannten Symptome vereinigt vor und sichern in ihrem Zusammenhange die Diagnose.

Die tuberkulöse Hüftgelenksentzündung ist in der weitaus größten Mehrzahl der Fälle ostalen Ursprunges, und ist die synoviale Form derselben nur ein vorübergehendes Stadium der Erkrankung; früher oder später werden die Knochen, vorwiegend Pfanne und Kopf, mit ergriffen, wenigstens in ihren weniger widerstandsfähigen knorpeligen Theilen.

Die tuberkulöse Coxitis vermag in jedem Stadium mit und ohne Behandlung auszuheilen, und bilden selbst große im Röntgenbilde nachweisbare Sequester keine unbedingte Indikation zur operativen

Entfernung, da sie nach dem Röntgenbilde mit der Zeit aufgezehrt werden, und bei Tendenz zur Heilung die ganzen erweichten Massen im Gelenke verknöchern können. Ausheilung mit Ankylose, oder mit Beschränkung der Beweglichkeit ist die Regel, mit voller freier Beweglichkeit die Ausnahme.

Diese Verknöcherungsvorgänge sind nach dem Röntgenbilde in den ersten Monaten der Erkrankung geringer, als in späterer Zeit, und legt uns diese Thatsache die Pflicht auf, ein tuberkulöses Gelenk die erste Zeit, bis zu einem Jahre und darüber, absolut ruhig zu stellen und vor jeder Bewegung zu bewahren, um den noch nicht abgegrenzten entzündlichen Process nicht von Neuem anzuregen und das Umsichgreifen der Erkrankung zu befördern.

Für die Armenpraxis empfiehlt sich wie bisher zu diesem Zwecke die Ruhigstellung des Gelenkes im gepolsterten Gipsverbande, der vom Fuße bis zu den Brustwarzen hinaufreichen muss, um eine sichere Ruhigstellung des Gelenkes zu ermöglichen mit Einbiegung seitlich über den Darmbeinschaufeln (Tailleneindruck) zur Vermeidung der Beckenverschiebung.

Für die bessere Praxis ist die Beschaffung eines sicheren Fixationsapparates zu empfehlen, wie ihn Vortr. konstruirt hat, und wie er hier ausgestellt ist, um darin die Kinder leicht ins Freie transportiren zu können, ihnen den Genuss frischer Luft und Bäder zu ermöglichen, bei gleichzeitiger beständig möglicher Kontrolle der Hüftgelenksgegend für Auge und Gefühl und der jeder Zeit möglichen Behandlung des erkrankten Gelenkes mittels Injektionen von Jodoform-Glycerin und Anderem. Beschreibung und Apparat zu beziehen vom Bandagist Linus Hochusch, Dresden, Postplatz.

Vor zu frühem Anlegen portativer Gehapparate ist nicht dringend genug zu warnen, da sie dem Gelenke auch bei bestem Sitze keine völlig genügende Ruhe gewähren. Ohne Behandlung sich selbst überlassen, pflegen die tuberkulösen Hüftgelenksentzündungen häufig unter Pfannenveränderung, selten Luxation, mit Verkürzung, Beugung, Ausspreizung und Einwärtsdrehung des Beines in der Hüfte auszuheilen.

Um dieser fehlerhaften Stellung von vorn herein vorzubeugen, ist bei der einzuleitenden Behandlung mit Gips- oder Fixationsapparaten und späteren portativen Gehapparaten darauf zu achten, dass das Bein im erkrankten Hüftgelenke alle Zeit in Abspreizung, leichter Beugung und Auswärtsdrehung gehalten wird, eine Stellung, die selbst bei eintretender Ankylose die Kranken später am wenigsten im Gehen, Stehen und Sitzen behindert. Diese Stellung lässt sich durch zweckmäßige Fixationsapparate, später Gehapparate, wenn sie genügend lange getragen werden, mit Sicherheit erhalten.

In den Injektionen mit Jodoformglycerin in die tuberkulösen Herde haben wir, abgesehen von der specifischen Wirkung von Jodoform auf Tuberkulose, ein sicheres Mittel, die Verknöcherungsvorgänge mächtig anzuregen, und sollten diese daher zielbewusst auf

Grund der Röntgenbilder direkt in die Knochenherde gemacht werden, bis späterhin angefertigte neue Röntgenphotographien den sicheren Erfolg eingetretener Verknöcherung ergeben. Vor Erreichung dieses Zieles sollte man nicht auf Gehapparate zurückkommen.

Bei den künftigen Statistiken über die Endausgänge der tuberkulösen Coxitis ist das Röntgenverfahren zur Beurtheilung der Ausheilung heranzuziehen, und wir sind nur dann berechtigt, eine wirkliche Ausheilung anzunehmen, wenn das Röntgenbild den sicheren Stillstand des fungösen Processes erkennen lässt.

Nur in den seltensten Fällen erfolgt die Ausheilung ohne Schädigung des Gelenkes, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle unter mehr oder minder ausgedehnten Destruktionsprocessen, welche einhergehen mit Zerstörung von Kopf, Hals, Pfanne, mit Pfannenwanderung und periartikulären Knochenwucherungen, und bedeutet die eingetretene knöcherne Ankylose des Gelenkes nichts anderes, als ein Aufgehen sämmtlicher Gelenktheile in eine Femur und Becken verbindende Knochenmasse, in der wir die ursprünglichen Gelenktheile kaum oder gar nicht mehr zu erkennen vermögen.

(Selbstbericht.)

---

85) **Wilms** (Leipzig). Hygrom der Bursa trochanterica mit Riesenreiskörpern.

Das Auffallende dieses bei einem 30jährigen Manne beobachteten enormen Hygroms bestand darin, dass in dem Hygromsacke jede Flüssigkeit fehlte und nur große hyaline Klumpen den Inhalt bildeten. Diese entwickelten sich aus der Wand des Hygroms nach Art der fibrinoiden Degeneration, jedoch ist es kein rein degenerativer Process, wie Neumann glaubt, sondern ein produktiver unter Neubildung groß protoplasmatischer vakuolisirter Zellen, von denen theils durch Ausscheidung, theils durch Umwandlung die hyalinähnliche Substanz geliefert wird. (Selbstbericht.)

---

86) **K. Schuchardt** (Stettin). Blutige Reposition einer traumatischen Epiphysenlösung am unteren Ende des Femur.

S. demonstrirt einen 11jährigen Knaben, der am 29. November 1900 mit dem rechten Unterschenkel zwischen die Speichen eines langsam fahrenden Fleischerwagens gerathen war. Da die hierdurch entstandene Epiphysenlösung sich auch in Narkose bei mehrmaligen Versuchen nicht reponiren ließ, so wurde durch einen 14 cm langen, dicht neben der Patella geführten Längsschnitt das rechte Kniegelenk eröffnet. Die Reposition gelang erst, nachdem die Kappe von der Epiphyse etwas abgelöst und der Schnitt bis auf das obere Fragment fortgesetzt worden war. Der Bruch war ausschließlich in der Epiphysenlinie erfolgt; am diaphysären Fragmente fand sich kein Knorpel. Nach erfolgter Reposition wurde die Epiphyse durch einen

8 cm langen Stahlnagel fixirt, der bis weit in die Diaphyse getrieben wurde und dessen Kopf nachher im unteren Wundwinkel des Hautschnittes zu liegen kam. Der Nagel wurde nach 8 Tagen in Narkose entfernt. Die Heilung verlief vollkommen glatt. Pat. kann zur Zeit das Kniegelenk bereits bis zu einem rechten Winkel biegen. — Durch eine Anzahl von Zeichnungen, die nach Röntgenbildern angefertigt wurden, demonstrirt Vortr. die Stellung der Bruchstücken vor und nach der Operation, so wie nach vollendeter Heilung, die bezw. der Stellung der Fragmente als eine vollkommene zu bezeichnen ist. (Selbstbericht.)

---

87) J. **Wolff** (Berlin). Zur Behandlung der veralteten Patellarbrüche.

Zum Zwecke der die bekannten großen Schwierigkeiten darbietenden Vereinigung der Fragmente bei veraltetem Patellarbruch hat W. 1889 ein osteoplastisches Verfahren empfohlen, und haben Rosenberger und Helferich Osteoplastiken bereits mit Erfolg angewandt. Bei dem vorgestellten Pat. ist von W. durch seine Methode der Osteoplastik mittels Verschiebens von Knochenstücken eine knöcherne Vereinigung der Fragmente erreicht worden.

Der Kranke hatte eine Zersprengung der linken Patella in drei Stücke erlitten. Es war breite Diastase zwischen den beiden Hauptfragmenten und sehr schlechte Funktion zurückgeblieben.

W. meißelte von jedem der beiden Hauptfragmente ein großes glattes Knochenstück ab. Das eine Stück blieb rechts, das andere links an der Haut adhärent. Nachdem alsdann die beiden Fragmente mittels einer kleinen Schraube nach Art einer Malgaigneschen Klammer en miniature an einander geschraubt waren, wurde die Bruchstelle mittels der beiden abgemeißelten Knochenstücke überbrückt. Nach 7 Wochen Entfernung der Schraube.

Wir fühlen jetzt — nach 2 Jahren — eine vom oberen Rande bis zum Apex der Kniescheibe herabreichende unterbrochene knöcherne Masse. Über den nach Entfernung der Schraube wieder aus einander gewichenen Fragmenten hat sich eine die Fragmente fest zusammenhaltende Brücke aus den abgemeißelten Knochenstücken gebildet.

Der Pat. streckt mit voller Kraft. Er geht ohne Stock stundenlang umher, ohne zu ermüden. Die Beugung geschieht indess nur bis zum rechten Winkel, und demgemäß erfolgt auch das Treppensteigen mangelhaft.

Der Grund dafür, dass hier trotz der schönen knöchernen Vereinigung kein ideales funktionelles Resultat erreicht worden ist, liegt einmal in dem Umstande, dass hier noch ein drittes für sich bewegliches Fragment vorhanden ist, und zweitens darin, dass die verlängerte, und zwar um die Breite der neugebildeten Knochenbrücke

verlängerte Kniescheibe begreiflicherweise der Ausübung der vollen Funktion hinderlich ist.

In zukünftigen Fällen wird es unzweifelhaft gelingen, auch noch dem Wiederauseinanderweichen der Fragmente unter der Knochenbrücke vorzubeugen.

W. empfiehlt das von ihm hier geübte osteoplastische Verfahren für diejenigen zahlreichen veralteten Fälle von Patellarbruch nebst Zerreißung des Reservestreckapparates, bei welchen Diastase der Fragmente ohne feste fibröse Zwischensubstanz und eine dauernd sehr schlechte, auf unblutigem Wege nicht mehr besserungsfähige Funktion zurückgeblieben ist. (Selbstbericht.)

88) **Cramer** (Wiesbaden). Knöcherne Verwachsung der Kniescheibe.

C. hat, wie es Helferich auf der Münchener Naturforscherversammlung vorgeschlagen hat, bei knöcherner Verwachsung der Kniescheibe dieselbe mit dem Meißel gelöst und dann einen aus dem Vastus internus gebildeten Muskellappen zwischen sie und den Oberschenkelknochen gelegt. Die Operation ist Mitte November gemacht, und die Kniescheibe ist bis jetzt beweglich geblieben. C. hofft daher, dass die Methode der Muskelinterposition für diese und ähnliche Fälle von knöchernen Verwachsungen sich bewähren wird. Bei nur fibröser Verwachsung der Kniescheibe genügt, falls die unblutige Lösung nicht gelingt, die Loslösung mit Messer und Elevatorium, wie er aus 5 glücklich verlaufenen Fällen folgert; doch soll man die Operation nicht zu früh nach abgelaufener Entzündung machen und mit Bewegungen nicht zu bald nach der Lösung anfangen.

(Selbstbericht.)

89) **Heusner** (Barmen). Beitrag zur Behandlung der Kniegelenkskontrakturen.

Vortr. berichtete über sein bereits im Centralblatt für Chirurgie 1901 No. 6. von Herrn Assistenzarzt Dr. Bruns beschriebenes neues Verfahren zur Streckung hartnäckiger Kniekontrakturen durch Überpflanzung eines oder mehrerer Beugemuskeln von der Beugeseite an die Streckseite des Kniegelenkes. Er zeigte eine auf diese Weise behandelte Pat. mit gonorrhoischer Gelenkentzündung vor, deren Bein sich durch diesen vor $10^1/_2$ Monaten ausgeführten wenig bedeutenden Eingriff von selbst langsam gestreckt hatte, während früher alle Streckversuche mit Recidiven der Kontrakturstellung geendigt hatten. Pat. geht mit steifem Beine vollkommen schmerzlos einher, und seit Vorstellung derselben auf der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Chirurgen im December vorigen Jahres ist eine weitere spontane Stellungsverbesserung eingetreten, so dass das Bein jetzt vollständig gerade steht. Ein ähnliches Resultat wurde bei einem 5jährigen Kinde mit tuberkulöser Kniegelenks-

entzündung erreicht. Doch hat sich hier eine nicht unerhebliche O-Beinstellung entwickelt, was nach Ansicht des Vortr. darauf beruht, dass in diesem Falle die Bicepssehne allein übergepflanzt wurde, während bei den übrigen Pat. eine von den Sehnen an der Innenseite: Semitendinosis oder Gracilis ebenfalls nach vorn verlagert wurde. Auch in dem dritten von H. operirten Falle, eine ältere Dame mit doppelseitiger rheumatischer Kniekontraktur, wurde ein gutes Resultat erreicht und die seit 3 Jahren bettlägerige Pat. auf die Beine gebracht, obgleich durch einen Fehler in der Antisepsis Eiterung eintrat und die transplantirten Sehnen großentheils nekrotisch ausgestoßen wurden. (Selbstbericht.)

---

90) **Bunge** (Königsberg). Weitere Beiträge zur Frage der Tragfähigkeit der Diaphysenstümpfe.

B. demonstrirt einen 16jährigen Pat., bei dem ohne osteoplastische Operation ein tragfähiger Diaphysenstumpf am Unterschenkel erzielt wurde. Dass es gelingen kann, einen gewöhnlichen, nicht osteoplastischen Diaphysenstumpf durch methodische Nachbehandlung tragfähig zu machen, ist bereits durch Hirsch erwiesen worden. Vortr. ist in der Lage, nach den Erfahrungen an 2 Unterschenkelamputationen zu beweisen, dass tragfähige Unterschenkelstümpfe auch ohne Osteoplastik und ohne die methodische Nachbehandlung im Sinne Hirsch's zu erzielen sind, wenn durch eine bestimmte Operationstechnik Alles ausgeschaltet wird, was eine Schmerzhaftigkeit des Stumpfendes bedingt. Abgesehen von den Amputationsneuromen sind es im Wesentlichen 3 Faktoren, die eine Empfindlichkeit des Stumpfendes und damit die Unmöglichkeit, das Stumpfende zum direkten Auftreten zu benutzen, bedingen:

1) Verwachsungen der Haut- bezw. Weichtheilnarbe mit der Sägefläche.

2) Die schmerzhaften periostalen Wucherungen, die an den Kanten des Knochenstumpfes bei der subperiostalen Technik der Amputation entstehen.

3) Der auf die Haut drückende, aus der Markhöhle hervorwuchernde Markcallus.

Diese 3 Übelstände können vermieden werden:

1) Durch Verlegung der Weichtheilnarbe außerhalb der Knochensägefläche (Lappenschnitt).

2) Durch Verzicht auf die subperiostale Amputation, d. h. durch cirkuläre Durchschneidung des Periosts in der Höhe, wo die Durchsägung der Diaphyse erfolgt.

3) Durch Ausräumung der Markhöhle auf ca. 3 mm, Zwecks Vermeidung eines prominirenden Markcallus.

Vortr. hat bisher 2mal in der beschriebenen Weise amputirt, beide Stümpfe sind tragfähig geworden. Die Hautbedeckung des

Stumpfendes muss langsam an den Druck des Knochenstumpfes gegewöhnt werden. Die Kranken treten zuerst nur auf den Knochenring der Sägefläche auf, später füllt sich die Markhöhle mit Knochen aus, so dass eine genügend breite, glatte Gehfläche am Knochen resultirt. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Schede (Bonn) betont, dass Hirsch ähnliche Kranke vorgeführt habe. Man solle die Leute durch frühzeitige Übung zum Auftreten bringen.

Bier (Greifswald) hält die Untersuchungen Hirsch's für sehr wichtig. Sie haben gezeigt, dass gerade der Markcallus das Schädigende bei den Stümpfen sei. B. verschließe die Markhöhe durch Knochen, H. löffle das Mark aus und halte die subperiostale Amputation für schädlich. Spitzen verhindern das Auftreten nicht, wie die Malleolen beweisen. Trotzdem bleibe er bei den osteoplastischen Stümpfen, die besser und früher tragen. Auch bei den Fingern möchte man daran denken, dass das natürliche Knochenende bessere Narben giebt.

Czerny (Heidelberg) glaubt einen Widerspruch in der osteoplastischen Stumpfbildung und der Hirsch'schen Methode zu finden.

Bier (Greifswald). Die hyperplastische Narbe sei die empfindliche; bei aseptischen Verhältnissen sei die osteoplastische, bei septischen, zweifelhaften die Hirsch- Bunge'sche Stumpfbildung am Platze.

Czerny (Heidelberg) stellt noch fest, dass Bier doch im Wesentlichen von seiner Prothesenbildung zurückgekommen sei.

Heidenhain (Worms) hat vorzügliche Erfolge mit osteoplastischen Stümpfen. In einem Falle von sehr cyanotischem Stumpfe wurden nach der Osteoplastik auch die Cirkulationsverhältnisse besser.

Christel (Metz).

Bunge: Die osteoplastische Methode ist an der Königsberger Klinik nicht vollständig verlassen worden; sie hat den Vorzug, dass die Kranken früher auftreten können, ein Vorzug, der bei gewissen Fällen ins Gewicht fällt. In wie weit überhaupt die osteoplastischen Stümpfe durch die nicht osteoplastischen verdrängt werden können, müssen erst weitere Erfahrungen lehren. (Selbstbericht.)

---

91) **Küster** (Marburg). Zur osteoplastischen Exartikulation der Fußwurzel.

K. stellt einen Kranken vor, der nach jener von ihm schon 2mal beschriebenen Methode (s. Centralbl. für Chirurgie 1897 No. 28) operirt und geheilt worden ist. Der 14jährige Knabe litt an einer seit 5 Jahren bestehenden ausgebreiteten Tuberkulose des Tarsus und



Metatarsus, welche nur den Calcaneus verschont hatte. Die Heilung ist bis auf ein ganz feines, nicht mehr absonderndes Fistelchen erfolgt. Der Gang ist ausgezeichnet, obwohl schon vor der Operation das Bein um 3 cm im Wachsthume zurückgeblieben war.

Die Operation ist vor Allem geeignet, die Methode Le Fort's zu ersetzen, da sie einen erheblich längeren Stumpf hinterlässt, als diese. Sie stellt in so fern etwas durchaus Neues dar, als sie der erste Versuch ist, zwei überknorpelte und nicht zusammengehörige Gelenkflächen zusammen zu heilen. (Selbstbericht.)

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 1. Sonnabend, den 5. Januar. 1901.


Digitized by Google


Digitized by Google

